Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Jarosławiu

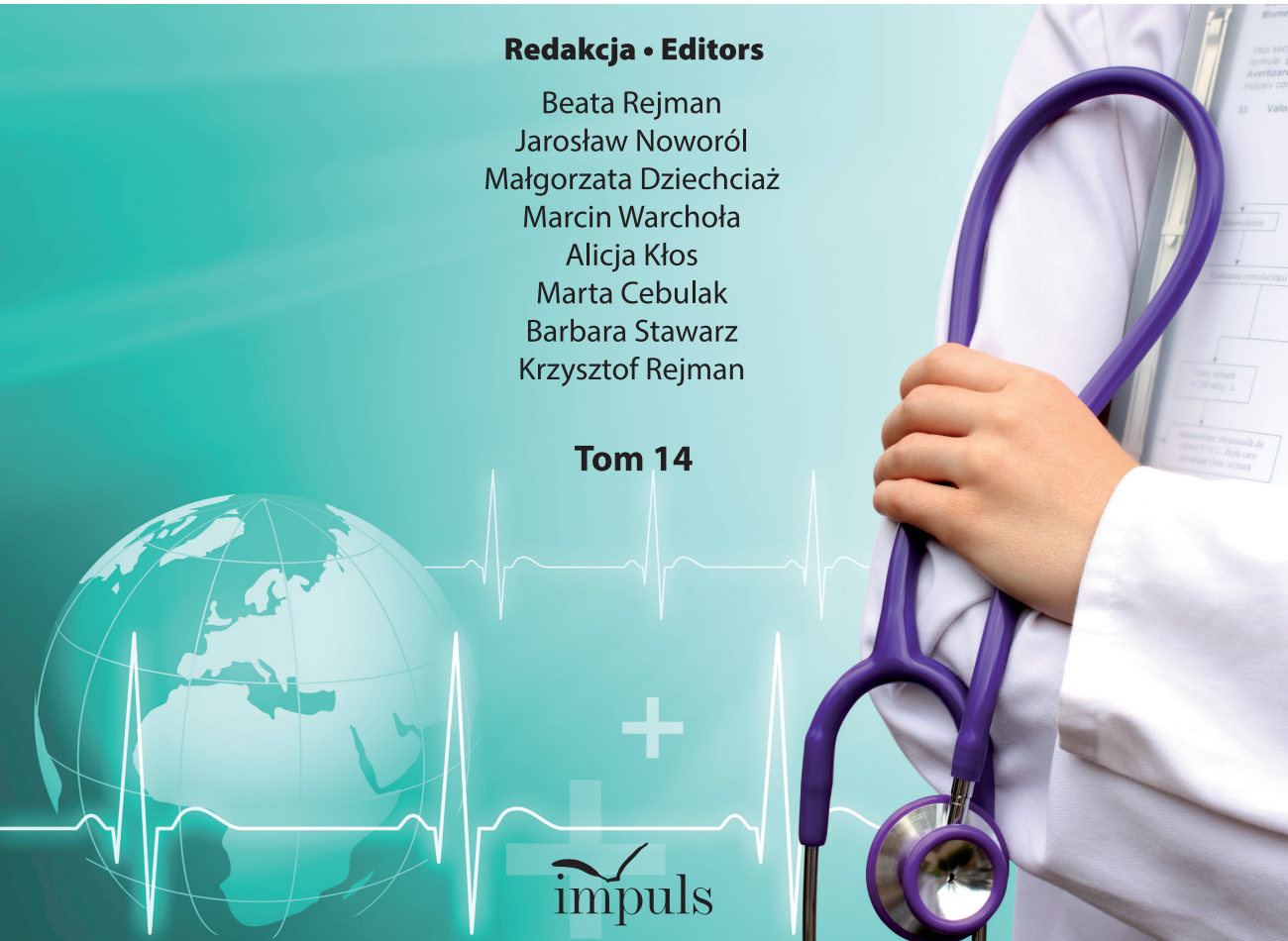
INTERDYSCYPLINARNOŚĆ WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY

INTERDISCIPLINARY NATURE OF MODERN MEDICINE

Redakcja • Editors

Beata Rejman
Jarosław Noworól
Małgorzata Dziechciaż
Marcin Warchoła
Alicja Kłos
Marta Cebulak
Barbara Stawarz
Krzysztof Rejman

Tom 14



impuls

Interdyscyplinarność współczesnej medycyny

Interdisciplinary nature of modern medicine

Redakcja · Editors

Beata Rejman
Jarosław Noworól
Małgorzata Dziechciaż
Marcin Warchoła
Alicja Kłos
Marta Cebulak
Barbara Stawarz
Krzysztof Rejman

Tom 14

impuls
Kraków 2026

RECENZENTKI • REVIEWERS

dr hab. Krystyna Kowalczuk
prof. dr hab. Monika Wujec

ISBN 978-83-8294-577-5

https://doi.org/10.62634/9788382945775

Copyright © by
Państwowa Akademia Nauk Stosowanych
im. ks. Bronisława Markiewicza, Jarosław 2026

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Jarosławiu

Publikacja objęta licencją Creative Commons Attribution (CC BY 4.0).
Pełna treść licencji jest dostępna pod adresem: creativecommons.org

WEKTORY NAUKI

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Publikacja naukowa finansowana ze środków budżetu państwa
w ramach programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego
pod nazwą Wektory Nauki nr projektu WNM/SP/0075/2025/01,
kwota finansowania projektu: 26 774,88 zł, całkowita wartość projektu: 33 468,60 zł

Projekt finansowany ze środków budżetu państwa,
przyznanych przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego
w ramach Programu Wektory Nauki

Oficyna Wydawnicza „Impuls”
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel.: 12 422 41 80, 506 624 220
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl

Spis treści · Contents

1. The impact of stress on human health
Wpływ stresu na zdrowie człowieka
Kinga Przybyszewska, Alicja Kłos, Katarzyna Tomaszewska 9

2. Poziom wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej wśród ludności wiejskiej – wyniki badań
The level of knowledge about first aid among rural populations – research findings
Alicja Kłos, Beata Mikłasz 23

3. Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat powikłań u pacjentów wentylowanych mechanicznie na oddziale intensywnej terapii
Knowledge of nursing staff about complications in mechanically ventilated patients in the intensive care unit
Katarzyna Tomaszewska, Janina Zajchowska, Anna Dominik, Małgorzata Piotrowicz, Barbara Wojtyna 39

4. Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat profilaktyki i leczenia odleżyn
Nursing staff's knowledge about the prevention and treatment of pressure ulcers
Agnieszka Kusber, Marta Cebulak 51

5. Wsparcie w chorobie nowotworowej. Rola pielęgniarki – badania ankietowe
Cancer support: The role of a nurse – survey research
Anna Lewandowska, Aneta Mrozowicz, Barbara Laskowska, Melania Zalewska 71

6. Wpływ rozwodu na poziom stresu dorosłych dzieci rozwodników oraz sposoby jego redukowania
The impact of divorce on the stress levels of adult children of divorcees and ways to reduce them
Magdalena Segiet 85

7. Wartość zdrowia a zachowania zdrowotne studentów kierunku pielęgniarstwo
The value of health and health behaviors of nursing students
Agata Dziedzic, Marta Cebulak 101

8. Ocena wiedzy pielęgniarek na temat terapii przewlekłego bólu pooperacyjnego
Assessment of nurses' knowledge about the treatment of chronic postoperative pain
Bożena Majchrowicz, Katarzyna Tomaszewska 119

9. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym
Health behaviors of patients with hypertension
Magdalena Kozimala, Ewa Chwastarz-Szymańska, Paulina Kozimala 129

10. Opieka pielęgniarska nad pacjentką z chorobą Hashimoto
Nursing care for a patient with Hashimoto's thyroiditis
Małgorzata Chomont 141

11. Zachowania zdrowotne pielęgniarek pracujących w szpitalu
Health behaviors of nurses working in a hospital
Anna Lewandowska, Aneta Mrozowicz, Magdalena Polak 155

12. Profilaktyka chorób nowotworowych – ważny problem zdrowia publicznego
Cancer prevention – an important public health problem
Małgorzata Kochman, Anna Dyrkacz 167

13. Zróżnicowanie podejść prawnych, zawodowych i edukacyjnych do osób nietypowych pod względem tożsamości płciowej
Diversity in legal, professional and educational approaches to gender non-conforming individuals
Karolina Czerwiec, Magdalena Leżucha 181

14. Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z zaostrzeniem dny moczanowej
The role and tasks of the nurse in the care of a patient with an acute gout flare
Magdalena Kozimala, Paulina Kozimala, Alicja Kłos 193

15. Zaburzenia odżywiania wśród pacjentów po 65. roku życia objętych opieką długoterminową – przegląd literatury
Eating disorders among patients over 65 years of age in long-term care – a literature review
Katarzyna Tomaszewska, Bożena Majchrowicz 207

16. Wiedza pielęgniarek i pielęgniarzy na temat raka szyjki macicy i jego profilaktyki
Nurses' knowledge of cervical cancer and its prevention
Anna Lewandowska, Aneta Mrozowicz, Gabriela Pałys 221

1. The impact of stress on human health
Wpływ stresu na zdrowie człowieka

Kinga Przybyszewska[1, a], Alicja Kłos[2, b], Katarzyna Tomaszewska[2, c]

[1] Katedra Nauk Społecznych, Akademia Nauk Stosowanych w Koninie
Department of Social Sciences, Academy of Applied Sciences in Konin
[2] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław

[a] https://orcid.org/0000-0002-7460-1699
[b] https://orcid.org/0000-0002-8180-4224
[c] https://orcid.org/0000-0002-2129-9107

Abstract

Introduction: Stress is a condition experienced by almost every person. Some people feel it episodically, others – almost all the time. The daily rush, busyness and accelerated lifestyle lead to the fact that stress has become a sign of the current times.

The aim of this paper: To present the respondents' level of knowledge about stress and its impact on their health.

Material and methods: The survey was conducted between January and February 2023. The survey was voluntary and anonymous. 118 people participated in the study. The research tool was a proprietary survey questionnaire. The statistical analysis used the Mann–Whitney test and the Pearson's χ^2 test of independence. A minimum significance level of $p < 0.05$ was adopted.

Results: According to 65.3% of respondents, stress affects overall health. More than a third of the respondents experienced stress daily. For 54.2% of the respondents, the work they did caused them emotional exhaustion. 37.7% of the respondents admitted that the situations they experienced at work caused their blood pressure to rise. According to 78% of the respondents, a factor that contributed to their increased feelings of stress was poor work organization. 85.6% of the respondents felt that an excess of responsibilities and tasks, which is part of the lifestyle, was a major source of stress for the respondents. According to 45.8% of respondents, alcohol may have had an impact on experiencing stress. The most frequently cited way of coping with stress by respondents (48.3%) was watching movies.

Conclusions: The work performed is a stress factor for respondents. Lifestyle of the respondents influences the feeling of stress. The main sources of information on stress for the respondents are the Internet, friends, doctor, nurse, books. Sociodemographic factors determine respondents' feelings of stress.

Keywords: stress, health, knowledge, treatment.

Abstrakt

Wstęp: Stres to stan, którego doświadcza niemalże każdy człowiek. Niektóre osoby odczuwają go epizodycznie, inne – prawie cały czas. Codzienny pośpiech, zabieganie oraz przyspieszony styl życia prowadzą do tego, że stres stał się znakiem obecnych czasów.

Cel badań: Przedstawienie poziomu wiedzy ankietowanych na temat stresu oraz jego wpływu na zdrowie.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do lutego 2023 roku. Badanie było dobrowolne i anonimowe. W badaniach udział wzięło 118 osób. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. W analizie statystycznej zastosowano test *U* Manna–Whitneya oraz test niezależności χ^2 Pearsona. Przyjęto minimalny poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki: Według 65,3% badanych stres ma wpływ na zdrowie. Ponad 1/3 ankietowanych doświadczała stresu codziennie. Dla 54,2% ankietowanych wykonywana praca była powodem wyczerpania emocjonalnego, a 37,7% badanych przyznało, że sytuacje, których doświadczali w miejscu pracy, powodowały u nich wzrost ciśnienia krwi. Według 78% badanych czynnikiem, który przyczyniał się do zwiększonego poczucia stresu, była zła organizacja pracy. Aż 85,6% ankietowanych miało poczucie, że nadmiar obowiązków i zadań, co jest częścią stylu życia, stanowił dla nich poważne źródło stresu. Zdaniem 45,8% respondentów alkohol mógł mieć wpływ na przeżywanie stresu. Najczęściej podawanym przez badanych (48,3%) sposobem radzenia sobie ze stresem było oglądanie filmów.

Wnioski: Wykonywana praca jest czynnikiem stresującym dla respondentów. Styl życia badanych ma wpływ na odczuwanie stresu. Głównymi źródłami informacji na temat stresu są dla ankietowanych Internet, znajomi, lekarz, pielęgniarka, książki. Czynniki socjodemograficzne determinują odczuwanie stresu przez badanych.

Słowa kluczowe: stres, zdrowie, wiedza, leczenie.

Introduction

Stress is a complex process that is triggered by a physical or psychological threat to an individual's homeostasis, which consists of a set of diverse psychological, physiological and behavioral responses. Although usually considered a negative reaction, stress is in fact a key process for ensuring our survival. However, when the stress response is repeatedly triggered in the absence of a challenging stimulus, or if there is continuous exposure to difficult situations, stress can become harmful. Evidence suggests that in either of these two contexts, stress is a persistent factor in the development of psychopathological conditions. Feelings of stress are a growing phenomenon in modern society and have become a fundamental health problem of modern society. It is associated with health problems such as gastrointestinal, endocrine and cardiovascular diseases, as well as psychological disorders such as anxiety and depression. In light of these negative consequences,

identifying potential salutogenic behaviors, such as physical activity and healthy eating, for the stress-health relationship seems even necessary [1–3].

The World Health Organization defines work-related stress as

> [...] a pattern of reactions that occurs when workers are presented with work demands not matched to their knowledge, skills or abilities and which challenge their ability to cope [4].

According to WHO, work-related stress may result from poor work organization, inadequate management, unfavorable working conditions, and insufficient support from supervisors and co-workers. Although workplace stress, stigma and attitudes toward employees suffering from stress or mental illness have been studied and interventions have been developed to better manage them around the world, it remains an often neglected aspect in various industries and countries, including India, and only some of the findings have actually been implemented [5, 6].

The concept of stress was pioneered by Hans Selye in 1936 (a physician and physiologist). He defined that stress is a reaction of the organism to physical or mental stimuli acting on it, which is exhibited by a peculiar set of many non-specific changes, occurring in the biological system of the organism [7, 8]. H. Selye focused primarily on the negative effects of stress. It was he who introduced the concept of "general adaptation syndrome" [9].

Thus, stress is an internal reaction to unpleasant events, tension, anxiety or fear arising from difficult situations, powerlessness surpassing the ability to cope with a task, feeling fear, tension of opposition to allowing something different or new than the current approach [10, 11].

Despite the fact that we perceive stressful situations differently and thus react to them individually, the fast pace of life and the problems associated with it contribute to the occurrence of stress and, consequently, the onset of various psychosomatic diseases. It is believed that stress can sensitize our body to various somatic disorders, but also disorders in the mental sphere [12, 13].

When faced with stressful events, people make autonomous and controlled efforts to reduce the negative impact and maximize the positive impact that any particular situation can produce. Generally, this process is referred to as emotion regulation, formally defined as the process by which individuals can influence what emotions they have, when they have them, and how they experience and express those emotions. It has been suggested that the term emotion regulation can be understood as a broad concept encompassing the regulation of all emotionally charged reactions, from basic emotions to complex mood states, as well as the regulation of daily life [14, 15]. Life stress is strongly associated with poor mental and physical health. These effects outweigh the effect of other well-known risk factors, such as smoking, excessive alcohol consumption and physical inactivity, and are responsible for significant morbidity and mortality [16]. Understanding how stress affects health and what factors mitigate these effects is therefore critical. One of the most important advances in this area of research is the recent

adoption of a life-cycle perspective to the study of stress and health. Currently, theorists generally understand that life-long stress can have a cumulative effect on health; however, few studies have actually measured lifetime exposure to stress and assessed the impact that such exposure has on mental and physical health outcomes [17]. This was in part because no system existed to measure cumulative stress exposure in an efficient and cost-effective way. This problem has been solved by the development of automated stress assessment systems, such as the Stress and Adversity Inventory (STRAIN), which measures individuals' exposure to different types of stress that affect the onset and progression of disease. As a result, researchers are now poised to assess the effects of cumulative exposure to life stress on health and explore factors that may modify these effects [18]. Stress, as the body's response to harmful stimuli, is a common physical and psychological phenomenon. Jiang proposed that stress is a biological, psychological system of social integration and multifactorial interaction, feedback regulation and control system [19]. A stressor is a stimulus that causes stress, including physical, chemical, biological, social, psychological, cultural and other stressors. All types of stressors are interrelated, and one type of stressor can also combine with the nature of another type of stress source to form a compound stressor [20, 21]. Public health events, due to their suddenness, uncertainty and harmfulness, bring with them human uncertainty and instability, and affect the emotional behavior of the public, disrupting the internal balance of humans, which is an important source of stress, and thus can trigger a range of psychological stress reactions [22].

Stress is the cause of dangerous diseases of civilization, so it deserves to be called a "silent killer." Therefore, we must learn how to control it so that it does not control us. Stress is defined in multiple ways. From the point of view of biological science, stress is the body's reaction to a situation caused by various factors called stressors. Stressors can be mental, physical, biological and chemical stimuli, as well as social and occupational situations. They trigger a myriad of defensive, adaptive reactions and upset the body's neurohormonal balance. In addition, certain features of the situation are associated with stronger stress responses, including the intensity, severity, controllability and predictability of the stressor. Physiological reactivity to stressors is commonly observed even after repeated exposure to the same stressor [23, 24].

As of today, it is stated that about 80% of all diseases are either of psychosomatic origin or the result of stress. It is the one that is directly linked to almost every disease, starting with heart disease and ending with the flu. If stress persists over a long period of time or recurs frequently, adverse health effects occur [6].

Any internal or external stimulus that triggers a biological response is known as stress. Compensatory responses to these stresses are known as stress reactions. Depending on the type, timing and strength of the stimulus applied, stress can exert a variety of effects on the body, ranging from changes in homeostasis to life- and death-threatening effects. In many cases, the pathophysiological complications of disease are due to stress, and people who are exposed to stress, such

as those who work or live in a stressful environment, are more likely to develop multiple disorders. Stress can be both a trigger and a contributor to many diseases and pathological conditions [25, 26].

The aim of this paper was to present the level of knowledge of the respondents about stress and its impact on their health.

Material and methods

The survey was conducted between January and February 2023 among people in a family doctor's clinic in the Podkarpackie voivodeship. 118 respondents took part in the study. The study used a diagnostic survey method, which included a survey questionnaire of our own design. The questionnaire consisted of 40 questions on the impact of stress on human health. The survey questionnaire was voluntary and anonymous. The statistical analysis used the Mann–Whitney test and the χ^2 Pearson test of independence. A minimum significance level of $p < 0.05$ was adopted.

Results

The survey included 62 men and 56 women. The respondents were of various ages, i.e. from 18 to 69. The largest group of respondents was 60 people (50.8%). It was made up of people between 30 and 49 years old. Those aged 18–29 accounted for 20.3% of the respondents, and those aged 50–69 accounted for 28.8%. Most of the respondents resided in urban areas (63.6%) and only 36.4% came from rural areas. Respondents most often had secondary education (42.4%) and higher education (also 42.4%). The fewest respondents answered that they had a vocational level of education (15.3%). 69.5% of white-collar workers and 30.5% of blue-collar workers participated in the survey.

The respondents' frequency of experiencing stress was analyzed according to sex and age. After the analysis, it was shown that 36.4% of respondents answered that they experienced stress on a daily basis. A fairly large group of respondents (33.1% of total respondents) commented that they experienced stress several times a week. At the same time, men were more likely than women to respond that they experienced stress daily (43.5% of men and 28.6% of women responded that they experienced stress daily). Women, on the other hand, were more likely than men to answer that they dealt with stressful situations several times a week (42.9% of women and 24.2% of men chose the answer "several times a week"). The differences presented between the study groups were statistically significant at $p \geq 0.05$. It was shown that 58.8% of respondents aged 50–69 experienced stress daily. Stress was experienced with this frequency by 30% of respondents aged 30–49 and 20.8% of those aged 18–29. Older age appeared to be a variable that favored the frequency of experiencing stress. The difference shown between the compared groups was statistically significant at $p \geq 0.01$.

The symptoms of stress described by the respondents were varied. The most frequently mentioned ones are shown in Table 1.

Table 1. Stress symptoms observed by respondents

Symptoms	Chi-square statistic Significance level	Female $n = 56$		Male $n = 62$		Total $n = 118$	
		n	%	*n*	%	*n*	%
Sweating	$\chi^2 = 0.363$ $p = 0.547$	32	57.1	32	51.6	64	54.2
Pallor of the skin	$\chi^2 = 16.303$ $p \geq 0.001$	7	12.5	29	46.8	36	30.5
Trembling of the hands	$\chi^2 = 4.897$ $p \geq 0.05$	22	39.3	37	59.7	59	50.0
Accelerated heartbeat	$\chi^2 = 0.644$ $p = 0.422$	40	71.4	40	64.5	80	67.8
Dry mouth and throat	$\chi^2 = 0.697$ $p = 0.404$	15	26.8	21	33.9	36	30.5
Indigestion	$\chi^2 = 0.113$ $p = 0.737$	20	35.7	24	38.7	44	37.3
Headaches	$\chi^2 = 0.004$ $p = 0.949$	34	60.7	38	61.3	72	61.0
Trouble sleeping	$\chi^2 = 2.850$ $p = 0.091$	40	71.4	35	56.5	75	63.6
Bad mood	$\chi^2 = 5.953$ $p \geq 0.01$	36	64.3	52	83.9	88	74.6
Data does not add up to 100% due to multiple choice questions.							

Source: own study based on the results obtained from the survey.

60.2% of respondents experienced a health disorder due to stress. This statement was made by 66.1% of women and 54.8% of men. In contrast, 39.8% of respondents answered that stress had no effect on health. During the health upset, respondents most often had cardiovascular and gastrointestinal complaints, pain complaints and symptoms of mental illness. Detailed results are shown in Table 2.

Table 2. Ailments experienced by respondents during disorderly conduct

Ailments	Female		Male		Total	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Have not experienced a health disorder or no answer	19	33.9	26	41.9	5	38.1
Gastrointestinal complaints	6	10.7	12	19.4	18	15.3
Coronary complaints	6	10.7	15	24.2	21	17.8
Mental ailments	10	17.9	5	8.1	15	12.7
Pain complaints	10	17.9	4	6.5	14	11.9
Skeletal and muscular complaints	5	8.9	0	0.0	5	4.2
Total	56	100.0	62	100.0	118	100.0
Statistics	$\chi^2 = 15{,}920$ significance level $p \geq 0{,}01$					

Source: own study based on the results obtained from the survey.

Analyzing the data, it should be noted that respondents cited work (72%) and the experience of illness (55.1%) as the most common sources of stress. Slightly less frequently, they pointed to the atmosphere that prevailed in their homes (45.8%), lack of money (43.2%), or excessive burden of household duties (33.9%). The least frequent respondents indicated social conflicts including with the boss, spouse, other people (15.3%) and feeling lonely (27.1%). There were no statistically significant differences between the distribution of results in the male and female groups. 85.6% of respondents felt that an excess of duties and tasks was a major source of stress for them. Only 14.4% responded that such a situation did not concern them. The distribution of results within the female and male groups is similar ($p = 0.625$).

Another stressful situation experienced by respondents is performing professional tasks in too short a time. Such a problem was faced by 84.7% of respondents, including 89.3% of women and 80.6% of men. The indicated difference between the compared groups is not statistically significant ($p = 0.192$), which may mean that women and men were similarly often put in stressful situations involving professional expectations that require very fast completion in an extremely short time. Poor work organization was also a factor that contributed to increased feelings of stress (78.8% of respondents). Poor relations with superiors were also an important stressor for 78% of respondents.

Lack of sleep and experiencing stress was a relationship noted by 78.8% of respondents and 96.4% of women and 83.9% of men noted that health problems exacerbated the experience of stress. It was also found that the respondents reached for various sources of knowledge when coping with stress Most often they pointed to the Internet (86.4%). The results are shown in Table 3.

Table 3. Primary sources for seeking knowledge on minimizing the experience of stress given by respondents

Sources of knowledge about methods of dealing with stress	Chi-square statistic Significance level	Female $n = 56$		Male $n = 62$	
		n	%	n	%
In magazines	$\chi^2 = 5.561$ $p \geq 0.05$	32	57.1	22	35.5
In professional literature	$\chi^2 = 0.566$ $p = 0.452$	39	69.6	47	75.8
On the Internet	$\chi^2 = 11.902$ $p \geq 0.001$	42	75.0	60	96.8
In specialized clinics	$\chi^2 = 9.748$ $p \geq 0.01$	29	51.8	49	79.0
Data does not add up to 100% due to multiple choice questions.					

Source: own.

The least frequently chosen method of coping with stress by respondents was the use of relaxation techniques. This way was indicated by 10.7% of the women's

group and 9.7% of the men. Overall, this way was chosen by 10.2% of all respondents. Detailed results are shown in Table 4.

Table 4. Methods of coping with stress given by respondents

Methods	Chi-square statistic Significance level	Female $n = 56$		Male $n = 62$		Total $n = 118$	
		n	%	n	%	n	%
Listening to music	$\chi^2 = 13.294$ $p \geq 0.001$	33	58.9	16	25.8	49	41.5
Watching movies	$\chi^2 = 6.766$ $p \geq 0.01$	20	35.7	37	59.7	57	48.3
Meeting with friends	$\chi^2 = 0.001$ $p = 0.969$	11	19.6	12	19.4	23	19.5
Consuming alcohol	$\chi^2 = 7.078$ $p \geq 0.01$	3	5.4	14	22.6	17	14.4
Playing sports	$\chi^2 = 2.457$ $p = 0.117$	21	37.5	15	24.2	36	30.5
Using relaxation techniques	$\chi^2 = 0.035$ $p = 0.852$	6	10.7	6	9.7	12	10.2
Suppressing stress within oneself	$\chi^2 = 0.966$ $p = 0.326$	16	28.6	23	37.1	39	33.1
Smoking cigarettes	$\chi^2 = 33.158$ $p \geq 0.001$	0	0.0	28	45.2	28	23.7
Practicing hobbies	$\chi^2 = 3.320$ $p = 0.068$	7	12.5	16	25.8	23	19.5
Talking to a loved one	$\chi^2 = 0.018$ $p = 0.893$	21	37.5	24	38.7	45	38.1
Consuming sweets	$\chi^2 = 1.922$ $p = 0.166$	17	30.4	12	19.4	29	24.6
Data does not add up to 100% due to multiple choice questions.							

Source: own.

However, the study found that white-collar workers were more likely than blue-collar workers to experience stress on a daily basis. 40.2% of white-collar workers and 27.8% of blue-collar workers experienced stress with this frequency. Also, 37.8% of white-collar workers and 22.2% of blue-collar workers experienced stress several times a week. The differences for the characterized groups of respondents were statistically significant at $p \geq 0.05$.

Discussion

The aim of this paper was to present the knowledge of the people surveyed about stress and its impact on health.

A person in the workplace can experience various emotional tensions, which can cause both an increased desire to perform the work, as well as a decrease in interest in the work and its results. Such tensions, whether positive or negative,

cause stress in a person [17]. In the course of the study, the question of whether the work performed among the respondents is a stress factor was sought. It should be noted that for 54.2% of the respondents, the work they performed was a cause of emotional exhaustion in them, 37.7% contributed to an increase in blood pressure, more than one-fifth of the respondents admitted that the situations they experienced in the workplace could be the cause of the depression they experienced later. Respondents also experienced chest pain that was caused by stress at work. In addition, a factor that contributed to the respondents' increased sense of stress was poor work organization. It was experienced by 78.8% of the respondents. In addition, poor relations with superiors were also an important stressor for 78% of respondents. In comparison, a study conducted by Olkuska and Szcześniak in 2021, which aimed to show what is the interdependence of occupational stress occurring in the workplace on work efficiency, shows that the study stressful situations in the workplace are usually experienced by respondents several times a month. In response to the question, "What effects can working under adverse conditions have on an employee?", most often, respondents indicated difficulty concentrating and various types of pain – similar to respondents in their own research. In addition, respondents also mentioned feelings of anxiety and restlessness, constant sleepiness or insomnia, and outbursts of aggression [27].

The results of many years of research on the effects of stress confirm that it is a factor in various cardiovascular diseases, primarily coronary artery disease, arrhythmias, myocardial infarction, atherosclerosis, angina pectoris, and hypertension [28]. Hypertension was also indicated by respondents in our own study.

Our own research shows that lifestyle has an impact on stress attitudes, which affect the health of respondents. In fact, as many as 85.6% of respondents felt that excess responsibilities and tasks were a source of stress for them. In addition, according to 45.8% of respondents, alcohol may have had an impact on experiencing stress. It is worth noting that less than half of the respondents (44.9%) noted a link between nutrition and experienced stress. According to 78% of respondents, lack of sleep has an impact on perceived stress levels. In addition, 83.9% of respondents rightly noted the impact of experiencing divorce on experiencing stress. Studies by other authors have shown that there is a correlation between seven behaviors and overall health and life expectancy, i.e.: sleep about 7–8 hours, eat breakfast daily, avoid folk rarely eat snacks, keep weight normal, engage in leisure time physical activity, consume alcohol moderately and do not smoke cigarettes. The difference in life expectancy between middle-aged people – who fulfill at least six of the recalled practices and less than three – was 11 years for men and seven years for women [29].

Based on the completed survey, it can be concluded that respondents reach for various methods of coping with stress, mainly stimulants (alcohol, cigarettes), watching movies, and talking to a loved one. The most frequently cited method of coping with stress was watching movies, which was indicated by 48.3% of respondents. Second among the ways of coping with stress cited by respondents

was listening to music. These were listed by 41.5% of respondents. Talking to a loved one was only in third place among the suggestions marked by respondents (38.1% of the total respondents reached for this way of coping with stress). Another differential way of coping with stressful situations was alcohol consumption. This way was chosen by 14.4% of the total respondents. The least frequently chosen way for respondents to cope with stress was the use of relaxation techniques. This way was indicated by 10.7% of the female group and 9.7% of the male group.

Other methods of coping with stress were indicated by surveyed Poles in a study conducted by the BioStat Research and Development Center, with respondents coping with stress most often by engaging in physical activity (40.6%) and using calm inhalations and exhalations (38.1%). 35% of respondents occupy their hands with something, 32.8% try to rationalize the problem, 27.2% drink lemon balm, 24.5% use medications and dietary supplements, and 19.4% choose a hot bath for stress [30].

It is worth noting that the main sources of information on stress for the respondents are the Internet, a colleague, a friend, a doctor, a nurse, and books. When coping with stress, the respondents reached for various sources, i.e. the Internet (86.4%). Reading professional literature was ranked next. The respondents' declarations showed that professional literature was reached for by 72.9% of the total respondents. The sources for seeking knowledge on minimizing the experience of stress were sought in specialized counseling centers by 66.1% of respondents.

In our own study, it was proven that gender, occupation, education, place of residence have an impact on the respondents' experience of stress. Only age has no effect on respondents' feelings of stress. Women were more likely than men to notice a correlation between experiencing health problems and the severity of stress ($p \geq 0.05$). After analyzing the quantitative data posted, it was found that 96.4% of women and 83.9% of men noted that health problems exacerbated the experience of stress, which is confirmed by other studies [30].

Results

1. The work performed is a stress factor for respondents.
2. Lifestyle of the respondents influences the level of feeling stressed.
3. Respondents reach for various methods of coping with stress, mainly these are: watching movies, stimulants (alcohol), listening to music, talking to a loved one.
4. The main sources of information on stress for the respondents are the Internet, a colleague, a friend, a doctor, a nurse, books.
5. Sociodemographic factors determine the feeling of stress in the respondents.

Bibliography

1. Schultchen D., Reichenberger J., Mittl T. et al.: Bidirectional relationship of stress and affect with physical activity and healthy eating, British Journal of Health Psychology, 2019; 24(2): 315–333. doi: 10.1111/bjhp.12355. Epub 2019 Jan 22. PMID: 30672069; PMCID: PMC6767465.
2. Kalmbach D.A., Anderson J.R., Drake Ch.L.: The impact of stress on sleep: Pathogenic sleep reactivity as a vulnerability to insomnia and circadian disorders, Journal of Sleep Research, 2018; 27(6): e12710. doi: 10.1111/jsr.12710. Epub 2018 May 24. PMID: 29797753; PMCID: PMC7045300.
3. Hostinar C.E., Nusslock R., Miller G.E.: Future directions in the study of early-life stress and physical and emotional health: Implications of the neuroimmune network hypothesis, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2018; 47(1): 142–156. doi: 10.1080/15374416.2016.1266647. Epub 2017 Jan 20. PMID: 28107039; PMCID: PMC6100778.
4. World Health Organization. Protecting Workers' Health Series No. 3: Work Organisation and Stress. Geneva: World Health Organization; 2003. https://www.who.int/publications/i/item/9241590475 [accessed: 10.11.2024].
5. Maulik P.K.: Workplace stress: A neglected aspect of mental health well-being, Indian Journal of Medical Research, 2017; 146(4): 441–444. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_1298_17. PMID: 29434056; PMCID: PMC5819024.
6. Yaribeygi H., Panahi Y., Sahraei H., Johnston T.P., Sahebkar A.: The impact of stress on body function: A review, EXCLI Journal, 2017; 16: 1057–1072. doi: 10.17179/excli2017-480. PMID: 28900385; PMCID: PMC5579396.
7. O'Connor D.B., Thayer J.F., Vedhara K.: Stress and health: A review of psychobiological processes, Annual Review of Psychology, 2021; 72: 663–688. doi: 10.1146/annurev-psych-062520-122331. Epub 2020 Sep 4. PMID: 32886587.
8. Wojtczak A.: Aktualne wyzwania zdrowotne społeczeństw, CeDeWu, Warszawa 2018: 112–118, 128–129.
9. Mackiewicz K., Szopa J., Ulfik A.: Stres organizacyjny i metody radzenia sobie z nim w świetle analizy poglądowej. In: Mrozowicz K., Halemba P. (red.): Problemy potencjału społecznego organizacji turystycznych i sportowych w spektrum wielowymiarowych aspektów zarządzania, t. 1, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, Katowice 2014: 183–200.
10. Dugiel G., Tustanowska B., Kęcka K., Jasińska M.: Przegląd teorii stresu, Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, 2012: 47–70.
11. Białek E.D.: Psychosomatyczne, emocjonalne i duchowe aspekty chorób ze stresu, Instytut Psychosyntezy, Warszawa 2012: 25–29.
12. Sygit-Kowalkowska E.: Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna, Hygeia Public Health, 2014; 49(2): 202–208.

13. Chu B., Marwaha K., Sanvictores T., Awosika A.O., Ayers D.: Physiology, stress reaction. [Updated 2024 May 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120 [accessed: 15.07.2026].
14. Can Y.S., Iles-Smith H., Chalabianloo N. et al.: How to relax in stressful situations: A smart stress reduction system, Healthcare (Basel), 2020; 8(2): 100. doi: 10.3390/healthcare8020100. PMID: 32316370; PMCID: PMC 7349817.
15. Lopresti A.L.: The effects of psychological and environmental stress on micronutrient concentrations in the body: A review of the evidence, Advances in Nutrition, 2020; 11(1): 103–112. doi: 10.1093/advances/nmz082. PMID: 31504084; PMCID: PMC7442351.
16. Roberts B.L., Karatsoreos I.N.: Brain-body responses to chronic stress: A brief review, Faculty Reviews, 2021; 10: 83. doi: 10.12703/r/10-83. PMID: 35028648; PMCID: PMC8725649.
17. Haight B.L., Peddie L., Crosswell A.D., Hives B.A., Almeida D.M., Puterman E.: Combined effects of cumulative stress and daily stressors on daily health, Health Psychology, 2023; 42(5): 325–334. doi: 10.1037/hea0001281. PMID: 37141018; PMCID: PMC10171793.
18. Toussaint L., Shields G.S., Dorn G., Slavich G.M.: Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health, Journal of Health Psychology, 2016; 21(6): 1004–1014. doi: 10.1177/1359105314544132. Epub 2014 Aug 19. PMID: 25139892; PMCID: PMC4363296.
19. Turner A.I., Smyth N., Hall S.J. et al.: Psychological stress reactivity and future health and disease outcomes: A systematic review of prospective evidence, Psychoneuroendocrinology, 2020; 114: 104599. doi: 10.1016/j.psyneuen.2020.104599. Epub 2020 Feb 1. PMID: 32045797.
20. Lupien S.J., Juster R.-P., Raymond C., Marin M.-F.: The effects of chronic stress on the human brain: From neurotoxicity, to vulnerability, to opportunity, Frontiers in Neuroendocrinology, 2018; 49: 91–105. doi: 10.1016/j.yfrne.2018.02.001. Epub 2018 Feb 5. PMID: 29421159.
21. Kivimäki M., Steptoe A.: Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease, Nature Reviews Cardiology, 2018; 15(4): 215–229. doi: 10.1038/nrcardio.2017.189. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29213140.
22. Wu W., Zhang Y., Wang P. et al.: Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy, Journal of Medical Virology, 2020; 92(10): 1962–1970. doi: 10.1002/jmv.25914. Epub 2020 Jun 29. PMID: 32314806; PMCID: PMC7264502.

23. Seiler A., Fagundes Ch.P., Christian L.M.: The impact of everyday stressors on the immune system and health. In: Choukèr A. (ed.): Stress challenges and immunity in space, Springer, Cham 2020: 71–92. doi: 10.1007/978-3--030-16996-1_6.
24. Russell G., Lightman S.: The human stress response, Nature Reviews Endocrinology, 2019; 15(9): 525–534. doi: 10.1038/s41574-019-0228-0. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31249398.
25. Chudzik R., Jarosz K., Gołębiowska M., Gołębiowska B.: Stress disease of the 21st century? Journal of Education, Health and Sport, 2017; 7(8): 20–26. eISSN 2391-8306. doi: 10.5281/zenodo.839685, https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/4674 [accessed: 15.07.2026].
26. Gólcz M.: Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy, Państwowa Inspekcja Pracy, Główny Inspektorat Pracy, Warszawa 2007: 34.
27. Olkuska J., Szcześniak M.: Stres zawodowy a efektywność pracownika w miejscu pracy, Archive of Social Sciences and Humanities, 2022; 2(1): 71–80.
28. Mołek-Winiarska D.: Programy redukcji stresu zawodowego w Polsce i innych krajach UE, Nauki Społeczne, 2011; 2(4): 209–220.
29. Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1999: 27.
30. Zdrowie Polaków – stres i jego wpływ na jelita. Centrum Badawczo-Rozwojowe BioStat. https://www.biostat.com.pl/sondaz-zdrowie-polakow-stres--i-jego-wypywna-jelita.php [accessed: 20.05.2024].

2. Poziom wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej wśród ludności wiejskiej – wyniki badań

The level of knowledge about first aid among rural populations – research findings

Alicja Kłos[1, a], Beata Mikłasz[2]

[1] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław
[2] Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu
Medical Care Center in Jarosław

[a] https://orcid.org/0000-0002-8180-4224

Abstrakt

Wstęp: Wiedza i umiejętności z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej są kluczowe dla ratowania życia w sytuacjach nagłych, zwłaszcza na obszarach wiejskich, gdzie dostęp do profesjonalnej opieki medycznej może być ograniczony. Znajomość podstawowych zasad udzielania pomocy przedmedycznej wśród mieszkańców wsi odgrywa istotną rolę w zwiększaniu bezpieczeństwa i zmniejszaniu ryzyka śmiertelnych następstw wypadków czy nagłych zdarzeń zdrowotnych. Niniejszy artykuł ma na celu zbadanie poziomu wiedzy ludności wiejskiej na ten temat, identyfikację obszarów wymagających edukacji oraz analizę czynników wpływających na świadomość i gotowość do działania w sytuacjach zagrożenia życia.

Cel badań: Ocena poziomu wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej wśród ludności wiejskiej.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w okresie od 15 lutego do 10 marca 2024 roku. W badaniu wzięło udział 121 mieszkańców terenów wiejskich powiatu jarosławskiego, będących pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 47 pytań. Korelacje pomiędzy zmiennymi analizowano za pomocą testu korelacji *r* Pearsona oraz korelacji rangowej Spearmana, przyjmując poziom istotności $p = 0,05$.

Wyniki: Jak wynika z przeprowadzonych badań, poziom wiedzy na temat pierwszej pomocy 61,16% mieszkańców terenów wiejskich jest przeciętny, 15,70% deklaruje posiadanie dużej wiedzy, a 0,83% ocenia swoją wiedzę jako bardzo dużą. Gotowość do udzielenia pierwszej pomocy (samodzielnie lub przy pomocy innej osoby) deklaruje 31,40% badanych. Analiza statystyczna wykazała istnienie istotnych

zależności. Stwierdzono dodatni związek pomiędzy poziomem wiedzy a poziomem gotowości do udzielenia pierwszej pomocy (*rs* = 0,34898, *p* = 0,0001). Zauważono również istotną zależność pomiędzy subiektywną oceną własnej wiedzy na temat pierwszej pomocy a poziomem gotowości do jej udzielenia (*rs* = 0,35824, *p* = 0,0001). Dodatkowo stwierdzono związek pomiędzy poziomem gotowości do udzielania pierwszej pomocy a wiekiem badanych (*rs* = 0,39603, *p* = 0,0001).

Wnioski: Z badań wynika, że głównymi źródłami wiedzy na temat zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej wśród ludności wiejskiej są filmy i seriale fabularne zawierające wątki medyczne oraz szkolenia i kursy z zakresu pierwszej pomocy. Większość badanych oceniła swoją wiedzę na temat zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej jako przeciętną, natomiast część respondentów deklarowała wysoką lub bardzo wysoką gotowość do podjęcia działań ratunkowych.

Analiza statystyczna z wykorzystaniem testu korelacji rang Spearmana wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem gotowości do udzielania pierwszej pomocy a poziomem wiedzy na temat zasad jej udzielania. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu wiedzy zwiększa się gotowość do podjęcia działań ratunkowych. Test korelacji rang Spearmana potwierdził również istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem gotowości do udzielania pierwszej pomocy a wiekiem badanych, co wskazuje, że wiek może wpływać na gotowość do podejmowania działań ratunkowych. Nie stwierdzono natomiast istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem gotowości do udzielania pierwszej pomocy a płcią oraz poziomem wykształcenia respondentów, co wskazuje, że czynniki te nie mają istotnego wpływu na gotowość do udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Słowa kluczowe: pierwsza pomoc przedmedyczna, ludność wiejska.

Abstract

Introduction: Knowledge and skills in the field of first aid are crucial for saving lives in emergency situations, especially in rural areas where access to professional medical care may be limited. Familiarity with the basic principles of first aid among rural residents plays a significant role in enhancing safety and reducing the risk of fatal consequences from accidents or sudden health incidents. This article aims to examine the level of knowledge about first aid among rural populations, identify areas requiring education, and analyze factors influencing awareness and readiness to act in life-threatening situations.

Objective of the study: The aim of the research is to assess the level of knowledge about first aid among the rural population.

Materials and methods: The study was conducted from February 15, 2024, to March 10, 2024. A total of 121 residents from rural areas of the Jarosław County, who were patients of primary health care (PHC), participated in the study. The research tool was a proprietary questionnaire consisting of 47 questions.

Correlations between variables were analyzed using Pearson's correlation test and Spearman's rank correlation, with a significance level of $p = 0.05$.

Results: According to the conducted research, in terms of the level of knowledge about first aid, 61.16% of rural residents possess an average level of knowledge, 15.70% declare having a high level of knowledge, and 0.83% assess their knowledge as very high. A total of 31.40% of respondents declare their readiness to provide first aid (independently or with the assistance of another person). Statistical analysis revealed significant correlations. A positive relationship was found between the level of knowledge and the level of readiness to provide first aid ($rs = 0.34898$, $p = 0.0001$). It was also noted that there is a significant relationship between the subjective assessment of one's knowledge of first aid and the level of readiness to provide it ($rs = 0.35824$, $p = 0.0001$). Additionally, a correlation was found between the level of readiness to provide first aid and the age of respondents ($rs = 0.39603$, $p = 0.0001$).

Conclusions: According to the conducted research, the primary sources of knowledge about the principles of providing pre-medical first aid among the rural population are primarily films and television series with medical storylines (39.67%) and first aid training and courses (25.62%). Moreover, 31.40% of respondents declare high or very high readiness to provide pre-medical first aid. The majority of respondents (61.16%) assessed their knowledge of the principles of providing pre-medical first aid as average. Statistical analysis using Spearman's rank correlation test revealed a statistically significant relationship between the level of readiness to provide first aid and the level of knowledge about its principles. This indicates that the higher the level of knowledge, the greater the readiness to undertake rescue actions. Spearman's rank correlation test also confirmed the existence of a statistically significant relationship between the level of readiness to provide first aid and the age of respondents. This suggests that age may influence the willingness to engage in rescue activities. However, no statistically significant relationship was found between the level of readiness to provide first aid and the gender or educational level of the respondents. This indicates that these factors do not have a significant impact on the readiness to provide pre-medical aid.

Keywords: first aid, pre-medical assistance, rural population.

Wstęp

Pierwsza pomoc przedmedyczna to nieoceniona umiejętność, która może uratować życie w sytuacjach nagłych, takich jak wypadki czy inne zdarzenia losowe. Szybka i właściwa reakcja osoby znajdującej się w pobliżu rannego lub chorego może mieć decydujące znaczenie dla jego dalszego zdrowia lub przeżycia. Niemniej dostęp do szkoleń z zakresu pierwszej pomocy oraz poziom wiedzy na ten temat mogą się różnić w zależności od miejsca zamieszkania. Obszary wiejskie, charakteryzujące się często mniejszym dostępem do placówek medycznych, szczególnie gdy dochodzi do wypadków w miejscach odległych od ośrodków miejskich, stają się szczególnie istotne w kontekście edukacji zdrowotnej. Osoby zamieszkujące

wsie, mimo że często bardziej niż inni ludzie zżyte z naturą, narażone są na specyficzne zagrożenia zdrowotne, takie jak wypadki przy pracy w rolnictwie, kontakt z dzikimi zwierzętami czy trudności w szybkim dotarciu do pomocy medycznej. Poznanie poziomu wiedzy ludności wiejskiej na temat pierwszej pomocy przedmedycznej, a także identyfikacja ewentualnych braków w tej dziedzinie są kluczowe dla poprawy skuteczności interwencji w sytuacjach nagłych. W artykule zostaną przedstawione wyniki badań dotyczące świadomości i umiejętności związanych z udzielaniem pierwszej pomocy w środowisku wiejskim, a także propozycje działań edukacyjnych, które mogłyby poprawić bezpieczeństwo i zdrowie mieszkańców obszarów wiejskich.

Pierwsza pomoc przedmedyczna jest kluczowym elementem systemu ochrony zdrowia, ponieważ w sytuacjach nagłych, takich jak wypadki, omdlenia czy nagłe zatrzymanie krążenia, odpowiednia reakcja świadków zdarzenia może decydować o życiu i zdrowiu poszkodowanych. Każda sekunda ma znaczenie, a szybkie podjęcie działań ratowniczych przed przybyciem wykwalifikowanych służb medycznych może znacząco poprawić rokowania pacjenta. Z tego powodu edukacja społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy jest nie tylko potrzebna, ale wręcz niezbędna. W kontekście obszarów wiejskich problematyka ta nabiera szczególnego znaczenia. Dostęp do służb ratunkowych na terenach wiejskich bywa utrudniony z uwagi na odległość od ośrodków medycznych oraz dłuższy czas dojazdu karetek pogotowia. W takich przypadkach podstawowa wiedza i umiejętności mieszkańców obszarów wiejskich w zakresie pierwszej pomocy stają się jeszcze bardziej istotne. Dlatego warto przeprowadzić analizę poziomu ich świadomości oraz przygotowania do udzielenia pierwszej pomocy. Taka analiza pozwoli zidentyfikować pola wymagające poprawy, określić potrzeby szkoleniowe i zaplanować odpowiednie działania edukacyjne. Podniesienie poziomu świadomości i umiejętności mieszkańców w tym zakresie może się przyczynić do poprawy bezpieczeństwa i zdrowia mieszkańców obszarów wiejskich, a także zminimalizować negatywne skutki wypadków i nagłych zdarzeń zdrowotnych.

Cel artykułu stanowią zaprezentowanie wyników badań dotyczących poziomu wiedzy mieszkańców wsi na temat zasad udzielania pierwszej pomocy oraz identyfikacja obszarów wymagających poprawy. Artykuł ma również na celu wskazanie potencjalnych kierunków działań edukacyjnych i kampanii społecznych, które mogłyby się przyczynić do poprawy tej sytuacji. Przeprowadzone analizy pozwolą określić, w jakim stopniu ludność wiejska jest przygotowana do reagowania w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia, a także wskażą możliwe sposoby podniesienia poziomu świadomości w tej dziedzinie.

Definicja i znaczenie pierwszej pomocy przedmedycznej

W słowniku języka polskiego pierwsza pomoc definiowana jest jako „podstawowe czynności, które należy wykonać, aby w sytuacji zagrożenia uratować czyjeś życie lub zdrowie" [1]. Definicja ta podkreśla, że pierwsza pomoc jest niezbędna do

ratowania życia człowieka, obejmuje podstawowe czynności oraz dotyczy nagłych wypadków. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym w art. 3 ust. 8 rozszerza powyższe ujęcie (funkcjonujące także w języku potocznym) i definiuje pierwszą pomoc jako:

> [...] zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych [...] oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej [2].

Zgodnie z ustawą pierwszej pomocy udziela osoba znajdująca się na miejscu wypadku. Do udzielania pomocy można wykorzystywać powszechnie dostępne przedmioty lub środki, takie jak te dostępne w aptekach. Ustawodawca zakłada, że osoby udzielające pierwszej pomocy nie muszą posiadać specjalnych uprawnień ani kwalifikacji. Celem ich działań jest zapobieganie dalszym urazom, pogłębianiu się dysfunkcji organizmu, a nawet utracie życia.

Systematyczne, naukowe zainteresowanie problematyką pierwszej pomocy rozpoczęło się na początku XXI wieku. Ważnym krokiem w tym zakresie była inicjatywa podjęta w 2005 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (American Heart Association – AHA) oraz Amerykański Czerwony Krzyż (American Red Cross – ARC). W jej wyniku powołano Narodową Naukową Grupę Doradczą ds. Pierwszej Pomocy. Działania te doprowadziły do opublikowania w tym samym roku „Wytycznych pierwszej pomocy AHA i ARC 2005". Badania naukowe oraz współpraca międzynarodowych podmiotów zajmujących się pierwszą pomocą, w tym narodowych rad resuscytacji, umożliwiły stworzenie spójnych wytycznych. Dokument ten zyskał również rekomendację Międzynarodowego Komitetu Łącznikowego ds. Resuscytacji (International Liaison Committee on Resuscitation – ILCOR) [3]. W 2012 roku w ramach ILCOR powołano Zespół ds. Pierwszej Pomocy, w którego skład weszli przedstawiciele narodowych rad resuscytacji oraz Europejskiej Rady Resuscytacji (European Resuscitation Council – ERC). Do 2015 roku zespół ten, opierając się na dowodach naukowych analizowanych zgodnie z metodologią Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), opracował 22 zagadnienia dotyczące pierwszej pomocy. Zagadnienia te zostały zamieszczone w Wytycznych resuscytacji (WR) w rozdziale 9, a w wydaniu WR z 2021 roku – w rozdziale 8 [4].

W wytycznych Polskiej Rady Resuscytacji (PRR) pierwsza pomoc została zdefiniowana jako:

> [...] zachowanie służące udzieleniu pomocy i wstępna opieka w nagłym zachorowaniu lub urazie. Pierwsza pomoc może być rozpoczęta przez każdego w każdej sytuacji [5].

Zwrócono również uwagę, że czynności podejmowane w ramach pierwszej pomocy powinny obejmować rozpoznanie, ocenę i określenie priorytetów w zakresie udzielenia pomocy. Pomoc powinna być udzielona w sposób kompetentny, z uwzględnieniem świadomości własnych ograniczeń. W sytuacji, gdy zakres niezbędnej pomocy przekracza wiedzę i umiejętności danej osoby, jest ona zobowiązana do wezwania służb medycznych. PRR podkreśla również, że zakres pierwszej pomocy nie jest ściśle określony naukowo. Na realizację czynności wpływ mają odbyte szkolenia, regulacje prawne oraz kwestie kulturowe obowiązujące w danym kraju. W wytycznych z 2020 roku (są publikowane co 5 lat) [5] PRR zawarła 20 zagadnień, z czego 9 dotyczy urazowych stanów nagłych, a 11 – stanów nagłych o charakterze medycznym. Wprowadzone zostały również zmiany w definicji pierwszej pomocy. Według wytycznych z 2020 roku pierwsza pomoc jest rozumiana jako „wstępna opieka w nagłym zachorowaniu lub urazie". Głównymi celami pierwszej pomocy są: ochrona życia, zapewnienie ulgi w cierpieniu, zapobieganie dalszym zachorowaniom lub urazom oraz wspomaganie powrotu do zdrowia. PRR zwraca uwagę, że pierwsza pomoc dotyczy udzielania pomocy nie tylko innej osobie, ale także samemu sobie [6].

Od pierwszej pomocy należy odróżnić kwalifikowaną pierwszą pomoc oraz medyczne czynności ratunkowe. Kwalifikowana pierwsza pomoc (KPP) jest definiowana jako zespół czynności podejmowanych przez ratownika – osobę, która ukończyła kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy [2]. Szkolenie to trwa 66 godzin, kończy się egzaminem, a uzyskane zaświadczenie o ukończeniu kursu jest ważne przez 3 lata. Uprawnienia z zakresu KPP posiadają często funkcjonariusze policji, strażacy, ratownicy górscy, ratownicy wodni itp. [7]. Medyczne działania ratownicze, zgodnie z art. 3 ust. 4 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, są

> [...] świadczeniami opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych przez jednostkę systemu ratownictwa medycznego w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia [2].

Czynności te mogą być podejmowane przez osoby wykonujące zawód ratownika medycznego, pielęgniarki lub lekarza. W literaturze z zakresu medycyny ratunkowej proponuje się podział pierwszej pomocy na podstawową (PPP) i rozszerzoną (RPP) [8]. Należy podkreślić, że choć podejmowanie działań związanych z pierwszą pomocą nie wymaga odpowiednich kwalifikacji, to WR z 2020 roku zawierają rekomendację promowania zachowań i wiedzy z zakresu pierwszej pomocy, aby każdy mógł i chciał jej udzielać [6].

Prawne aspekty udzielania pierwszej pomocy w Polsce

Udzielenie pomocy osobie znajdującej się w sytuacji zagrażającej jej zdrowiu lub życiu jest moralnym obowiązkiem [9]. Chęć i gotowość do podjęcia takiego działania mogą wynikać także z cech osobowości, wzorców zachowań czy wyznawanych wartości, w tym religijnych [6]. O ile powyższe przesłanki można rozpatrywać

w kategoriach dobrowolności, o tyle prawo jednoznacznie określa sposób postępowania w takiej sytuacji. Zgodnie z art. 162 § 1 Kodeksu karnego:

> [...] kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażania siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 [10].

Ten przepis wyraźnie wskazuje na obowiązek udzielenia pomocy, jeśli możliwe jest jej udzielenie bez ryzyka dla życia lub zdrowia własnego lub innych osób. Jednocześnie ten sam artykuł w § 2 stanowi, że:

> [...] nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej [10].

W praktyce oznacza to, że jeśli na miejscu obecna jest osoba przeszkolona lub odpowiednia instytucja (np. zespół ratownictwa medycznego), to obowiązek udzielenia pomocy przez osoby postronne może ulec ograniczeniu. Wskazuje to na istnienie przesłanek wyłączających odpowiedzialność karną w określonych sytuacjach.

Zgodnie z przepisami prawa świadek wypadku ma obowiązek udzielenia pomocy osobie znajdującej się w niebezpieczeństwie. Zaniedbanie tego obowiązku, np. poprzez oddalenie się z miejsca zdarzenia bez podjęcia żadnych działań lub pozostanie biernym widzem, stanowi przestępstwo. Wyjątek od tej zasady ma miejsce w sytuacji, gdy świadek rezygnuje z podjęcia działań z obawy o własne bezpieczeństwo. Przykładowo może on nie wejść do płonącego budynku, nie podjąć próby ratowania tonącego, jeśli nie potrafi pływać, lub nie udzielić pomocy osobie w płonącym samochodzie. Prawo nie wymaga bowiem, aby ktokolwiek narażał swoje życie w celu ratowania zdrowia lub życia innej osoby [10]. Obowiązek udzielenia pomocy, zgodnie z art. 162 § 2 Kodeksu karnego, jest zniesiony w przypadku, gdy pomoc ma polegać na przeprowadzeniu zabiegu lekarskiego lub gdy istnieje możliwość natychmiastowego udzielenia pomocy przez osobę lub instytucję do tego powołaną [11]. Przykładem takiej sytuacji jest wypadek w placówce ochrony zdrowia, gdzie obecny personel medyczny jest zobowiązany do podjęcia odpowiednich działań.

Prawny obowiązek udzielenia pomocy osobie znajdującej się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia nakłada również ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W art. 2 wskazuje się, że:

> [...] kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego [2].

Kwestie związane z udzielaniem pierwszej pomocy regulowane są również przez Kodeks pracy. Zgodnie z art. 209 pracodawca ma obowiązek „wyposażyć zakład pracy w środki niezbędne do udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach" oraz wyznaczyć pracowników odpowiedzialnych za udzielanie takiej pomocy [12]. W praktyce oznacza to, że pracodawca powinien umieścić w widocznym miejscu apteczkę wyposażoną w odpowiednie środki oraz instrukcję jej obsługi. Dodatkowo konieczne jest sporządzenie i udostępnienie wykazu pracowników przeszkolonych w zakresie udzielania pierwszej pomocy [13, 14]. Należy zaznaczyć, że działania ratownicze podejmowane w dobrej wierze i zgodnie z przepisami, nawet jeśli prowadzą do szkód w mieniu (np. odzieży) lub obrażeń ciała, takich jak siniaki czy złamanie mostka podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej, nie mogą być traktowane jako naruszenie prawa [15]. Możliwe jest także dochodzenie roszczenia o naprawienie szkody na mieniu przeciwko Skarbowi Państwa, jeśli osoba udzielająca pomocy poniosła taką szkodę, np. wykorzystując własne mienie w trakcie akcji ratunkowej. Ponadto zgodnie z art. 5 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

> [...] osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej [...] dla funkcjonariuszy publicznych

oraz ma prawo do poświęcenia dóbr osobistych innej osoby, innych niż życie lub zdrowie, a także dóbr majątkowych w zakresie niezbędnym do ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego [2].

Upowszechnianie wiedzy i doskonalenie umiejętności udzielania pierwszej pomocy rozpoczyna się już w szkole podstawowej. Zgodnie z „Podstawą programową kształcenia ogólnego" absolwent szkoły podstawowej powinien posiadać umiejętność rozpoznawania zagrożeń i bezpiecznego postępowania w miejscu zagrożenia, potrafić wezwać pomoc, w tym znać numery do służb ratowniczych, wykonać podstawowe czynności pierwszej pomocy, w tym resuscytację krążeniowo-oddechową (RKO), oraz znać zasady postępowania w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia [16].

Przepisy dotyczące edukacji dzieci i młodzieży w zakresie pierwszej pomocy zawarte są również w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym [2]. Kwalifikacje nauczycieli prowadzących takie zajęcia reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2009 roku [17]. Osoby dorosłe mogą poszerzać swoją wiedzę w tym zakresie poprzez uczestnictwo w kursach organizowanych przez uprawnione do tego podmioty zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym [2]. Zwraca się jednak uwagę, że poziom tej wiedzy i umiejętności jest często niewystarczający, co wynika z braku powszechnych i bezpłatnych szkoleń [18].

Cel badań

Celem badań była ocena poziomu wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej wśród ludności wiejskiej.

Materiał i metodyka

Materiał

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 15 lutego do 10 marca 2024 roku. W badaniu wzięło udział 121 mieszkańców terenów wiejskich powiatu jarosławskiego. Wśród uczestników badania było 60 kobiet (49,59%) oraz 61 mężczyzn (50,41%). W grupie wiekowej do 25 lat znalazło się 15 osób (12,40%), w wieku od 26 do 35 lat było 20 osób (16,53%), w wieku od 36 do 45 lat – 21 osób (17,35%), w wieku od 46 do 55 lat – 29 osób (23,97%), natomiast w grupach wiekowych 56–65 lat oraz 66 lat i więcej – po 18 osób (po 14,88%).

Metodyka

Do przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką badawczą było ankietowanie, a narzędziem badawczym – kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz składał się z 46 pytań. Pierwsze cztery pytania (1–4) miały charakter metryczkowy. Kolejne trzynaście pytań (5–17) dotyczyło deklarowanej oceny własnej wiedzy na temat zasad pierwszej pomocy, gotowości do jej udzielenia oraz doświadczeń związanych z tym zagadnieniem. Ostatnich 30 pytań w kwestionariuszu stanowiło test sprawdzający wiedzę z zakresu pierwszej pomocy w wybranych sytuacjach. Podczas analizy zgromadzonych danych wykorzystano program statystyczny Statistica. Związki między zmiennymi testowano za pomocą testu korelacji rang Spearmana oraz testu korelacji *C* Pearsona, przy poziomie istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

Test korelacji rang Spearmana potwierdził istnienie zależności na poziomie istotności statystycznej pomiędzy poziomem wiedzy a gotowością do udzielenia pierwszej pomocy. Siła związku pomiędzy tymi zmiennymi jest umiarkowana ($rs = 0,34898$, $p = 0,0001$) (tabela 1).

Tabela 1. Poziom gotowości do udzielenia pierwszej pomocy i poziom wiedzy osób badanych (*N* = 121)

Poziom gotowości		Poziom wiedzy					
		Bardzo niski	Niski	Przeciętny	Wysoki	Bardzo wysoki	Razem
Bardzo niski	*n*	1	4	4	3	0	**12**
	%	50,00	16,00	5,41	15,79	0,00	9,92
Niski	*n*	0	5	9	1	0	**15**
	%	0,00	20,00	12,16	5,26	0,00	12,40
Przeciętny	*n*	1	11	38	6	0	**56**
	%	50,00	44,00	51,35	31,58	0,00	46,28
Wysoki	*n*	0	2	14	7	1	**24**
	%	0,00	8,00	18,90	36,84	100,00	19,83
Bardzo wysoki	*n*	0	3	9	2	0	**14**
	%	0,00	12,00	12,16	10,53	0,00	11,57
Razem	*n*	2	25	74	19	1	**121**
	%	1,65	20,66	61,16	15,70	0,83	100,00
rs = 0,34898				*p* = 0,0001			

Źródło: badania własne.

Poziom gotowości badanych do udzielenia pierwszej pomocy i subiektywne oceny własnej wiedzy na temat pierwszej pomocy zestawia tabela 2.

Tabela 2. Poziom gotowości badanych osób do udzielenia pierwszej pomocy i subiektywna ocena własnej wiedzy na temat pierwszej pomocy (*N* = 121)

Poziom gotowości		Subiektywna ocena własnej wiedzy					
		Bardzo niska	Niska	Przeciętna	Wysoka	Bardzo wysoka	Razem
Bardzo niski	*n*	1	5	2	3	1	12
	%	20,00	19,23	3,28	12,00	25,00	9,92
Niski	*n*	1	10	3	1		15
	%	20,00	38,46	4,92	4,00	0,00	12,40
Przeciętny	*n*	3	10	34	7	2	56
	%	60,00	38,46	55,74	28,00	50,00	46,28
Wysoki	*n*	0	1	14	9	0	24
	%	0,00	3,85	22,95	36,00	0,00	19,83
Bardzo wysoki	*n*	0	0	8	5	1	14
	%	0,00	0,00	13,11	20,00	25,00	11,57
Razem	*n*	5	26	61	25	4	121
	%	4,13	21,49	50,41	20,66	3,31	100,00
rs = 0,35824				*p* = 0,0001			

Źródło: badania własne.

Test korelacji rang Spearmana potwierdził istotną statystycznie zależność między subiektywną oceną własnej wiedzy na temat pierwszej pomocy a poziomem gotowości do jej udzielenia. Siła związku między tymi zmiennymi jest umiarkowana (*rs* = 0,35824, *p* = 0,0001).

Poziom gotowości do udzielenia pierwszej pomocy i wiek osób badanych zestawia tabela 3.

Tabela 3. Poziom gotowości do udzielenia pierwszej pomocy i wiek osób badanych (*N* = 121)

Poziom gotowości		Wiek						
		Do 25 lat	26–35 lat	36–45 lat	46–55 lat	56–65 lat	66 i więcej lat	Razem
Bardzo niski	*n*	0	2	0	6	3	1	12
	%	0,00	10,00	0,00	20,69	16,67	5,56	9,92
Niski	*n*	1	2	4	2	2	4	15
	%	6,67	10,00	19,05	6,90	11,11	22,22	12,40
Przeciętny	*n*	7	10	11	11	8	9	56
	%	46,67	50,00	52,38	37,93	44,44	50,00	46,28
Wysoki	*n*	4	4	3	8	3	2	24
	%	26,67	20,00	14,29	27,59	16,67	11,11	19,83
Bardzo wysoki	*n*	3	2	3	2	2	2	14
	%	20,00	10,00	14,29	6,90	11,11	11,11	11,57
Razem	*n*	15	20	21	29	18	18	121
	%	12,40	16,53	17,36	23,97	14,88	14,88	100,00
rs = 0,39603				*p* = 0,0001				

Źródło: badania własne.

Test korelacji rang Spearmana potwierdził istotną statystycznie zależność między poziomem gotowości do udzielania pierwszej pomocy a wiekiem osób badanych. Siła związku między zmiennymi jest umiarkowana (*rs* = 0,396, *p* = 0,0001).

Poziom gotowości do udzielenia pierwszej pomocy i płeć osób badanych zestawia tabela 4.

Tabela 4. Poziom gotowości do udzielenia pierwszej pomocy i płeć osób badanych (*N* = 121)

Poziom gotowości		Płeć		
		Kobieta	Mężczyzna	Razem
1	2	3	4	5
Bardzo niski	*n*	4	8	12
	%	6,56	13,33	9,92
Niski	*n*	8	7	15
	%	13,11	11,67	12,40
Przeciętny	*n*	31	25	56
	%	50,82	41,67	46,28

Tabela 4. Poziom gotowości do udzielenia pierwszej pomocy i płeć... cd.

1	2	3	4	5
Wysoki	*n*	11	13	24
	%	18,03	21,67	19,83
Bardzo wysoki	*n*	7	7	14
	%	11,48	11,67	11,57
Razem	*n*	**61**	**60**	**121**
	%	50,41	49,59	100,00
r = –0,0374			*p* = 0,687012	

Źródło: badania własne.

Współczynnik korelacji Pearsona nie wykazał istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem gotowości do udzielania pierwszej pomocy a płcią osób badanych ($r = -0{,}0374$, $p = 0{,}687$).

Poziom gotowości do udzielenia pierwszej pomocy i poziom wykształcenia osób badanych zestawia tabela 5.

Tabela 5. Poziom gotowości do udzielenia pierwszej pomocy i poziom wykształcenia osób badanych (*N* = 121)

Poziom gotowości		Poziom wykształcenia				
		Podstawowe, gimnazjalne	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Razem
Bardzo niski	*n*	0	3	7	2	12
	%	0,00	8,82	13,21	6,67	9,92
Niski	*n*	1	5	7	2	15
	%	25,00	14,71	13,21	6,67	12,40
Przeciętny	*n*	2	16	23	15	56
	%	50,00	47,06	43,40	50,00	46,28
Wysoki	*n*	1	5	11	7	24
	%	25,00	14,71	20,75	23,33	19,83
Bardzo wysoki	*n*	0	5	5	4	14
	%	0,00	14,71	9,43	13,33	11,57
Razem	*n*	**4**	**34**	**53**	**30**	**121**
	%	3,31	28,10	43,80	24,79	100,00
r = –0,0595				*p* = 0,16803		

Źródło: badania własne.

Współczynnik korelacji Pearsona nie wykazał istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem gotowości do udzielania pierwszej pomocy a poziomem wykształcenia osób badanych ($r = -0{,}0595$, $p = 0{,}16803$).

Dyskusja

Obowiązek prawny udzielania pierwszej pomocy wskazuje na konieczność posiadania przez ogół społeczeństwa odpowiedniej wiedzy w tym zakresie. Dlatego ważne są określenie poziomu tej wiedzy oraz identyfikacja potrzeb edukacyjnych w tej dziedzinie. Badania własne wykazały, że niemal wszyscy mieszkańcy terenów wiejskich (90,08%) mieli kontakt z wiedzą na temat pierwszej pomocy przedmedycznej, a ponad połowa (58,68%) uczestniczyła w kursie z tego zakresu. Źródłem wiedzy o pierwszej pomocy były także filmy i seriale z wątkami medycznymi (53,72%), artykuły w czasopismach i gazetach (37,19%), informacje w mediach (32,23%) oraz ulotki dostępne w szpitalach lub przychodniach (25,62%). Uzyskane wyniki wskazują, że głównymi źródłami wiedzy ludności wiejskiej na temat zasad udzielania pierwszej pomocy są media oraz szkolenia i kursy z tego zakresu. Pomimo powszechnej dostępności informacji dotyczących pierwszej pomocy ponad połowa respondentów oceniła swoją wiedzę jako małą lub bardzo małą. Jednocześnie wyniki testu wiedzy przeprowadzonego w ramach badania wykazały, że większość badanych posiadała przeciętny poziom wiedzy, natomiast mniejszy odsetek respondentów osiągnął wysoki lub bardzo wysoki oraz niski lub bardzo niski poziom wiedzy. Zaobserwowana rozbieżność pomiędzy subiektywną oceną własnej wiedzy a wynikami testu może wynikać z faktu, że wiedza dotycząca zasad udzielania pierwszej pomocy jest często nabywana w sposób nieformalny, m.in. poprzez kontakt z materiałami dostępnymi w mediach, a nie wyłącznie podczas szkoleń i kursów. Uzyskane wyniki wskazują, że poziom wiedzy badanej populacji można określić jako przeciętny.

Wyniki uzyskane w badaniach własnych są zbieżne z wynikami innych badań, np. przeprowadzonych przez Zawidzką i wsp., które dotyczyły studentów studiów pierwszego stopnia. Zespół ten wykazał, że 41,40% studentów ocenia swoją wiedzę na temat pierwszej pomocy jako dobrą lub bardzo dobrą, a 20,40% jako małą lub bardzo małą [19]. Zbieżność wyników uzyskanych w różnych grupach, różniących się poziomem wykształcenia i wiekiem, potwierdzają również badania Salwy i innych, którzy stwierdzili, że poziom wykształcenia nie wpływa na poziom wiedzy o zasadach udzielania pierwszej pomocy [20].

Istotna wiedza na temat zasad pierwszej pomocy przedmedycznej stanowi podstawę jej skutecznego udzielenia w sytuacji kryzysowej. Zdecydowana większość ludności wiejskiej (87,60%) deklaruje, że w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia jest gotowa przystąpić do udzielania pierwszej pomocy, a część (30,58%) podejmie działania nawet wtedy, gdy nie będzie wiedziała, co dokładnie robić. Badania przeprowadzone przez Zawidzką wykazały, że pełną gotowość do udzielenia pierwszej pomocy, niezależnie od własnej wiedzy i umiejętności, deklaruje 49,20% respondentów, co stanowi niższy wynik, a różnica ta może wynikać z konstrukcji samego narzędzia badawczego [19]. Natomiast badania Czyża i wsp. wykazały, że 47,3% studentów uczelni wyższych przyznaje, iż odczuwa lęk lub strach przed samodzielnym przystąpieniem do udzielenia pierwszej pomocy, przy czym odczuwanie lęku częściej deklarowały kobiety (64,1%) niż mężczyźni (35,9%) [21].

Gotowość do przystąpienia do akcji pomocowej potwierdzają doświadczenia ludności wiejskiej z przeszłości. Ponad połowa respondentów była świadkiem wypadku lub sytuacji wymagającej udzielenia pierwszej pomocy. Większość z tych osób aktywnie uczestniczyła w działaniach pomocowych – część podjęła działania samodzielnie i z własnej inicjatywy, natomiast pozostali zostali poproszeni o udzielenie pomocy. Uzyskane wyniki wskazują, że ludność wiejska charakteryzuje się wysokim poziomem gotowości do udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, co znajduje potwierdzenie w deklaracjach badanych oraz ich wcześniejszych doświadczeniach związanych z sytuacjami wymagającymi podjęcia działań ratunkowych.

Wyniki badań własnych wskazują, że osoby posiadające większą wiedzę na temat zasad udzielania pierwszej pomocy deklarują wyższy poziom gotowości do podjęcia działań pomocowych. Zaobserwowano istotną statystycznie dodatnią zależność o umiarkowanej sile pomiędzy poziomem wiedzy a gotowością do udzielania pierwszej pomocy, co oznacza, że wzrost wiedzy wiąże się ze zwiększeniem gotowości do działania. Stwierdzono również dodatnią korelację pomiędzy poziomem gotowości a wiekiem badanych – osoby starsze deklarowały większą gotowość do udzielania pierwszej pomocy. Nie wykazano natomiast istotnej zależności pomiędzy poziomem gotowości a poziomem wykształcenia, co wskazuje, że czynnik ten nie wpływa znacząco na deklarowaną gotowość do podejmowania działań ratunkowych.

Wnioski

1. Źródłem wiedzy ludności wiejskiej są filmy i seriale fabularne z wątkami medycznymi (39,67%) oraz szkolenia i kursy z zakresu pierwszej pomocy (25,62%).
2. Ponad 1/3 mieszkańców terenów wiejskich (31,40%) deklaruje wysoką lub bardzo wysoką gotowość do udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacji, która tego wymaga.
3. Brak gotowości lub niewielką gotowość deklaruje 35,23% badanych, a 46,28% uzależnia swoje zachowanie od sytuacji, w jakiej się znajdzie. Wysoką gotowość do samodzielnego użycia defibrylatora przenośnego AED deklaruje 69,42%, podczas gdy 30,57% wskazuje brak lub niewielką gotowość do użycia tego urządzenia.
4. Ponad połowa ludności wiejskiej (61,16%) posiada przeciętną wiedzę na temat pierwszej pomocy przedmedycznej, 16,53% ma dużą lub bardzo dużą wiedzę w tym zakresie, a 22,31% posiada małą lub bardzo małą wiedzę.
5. Test korelacji rang *R* Spearmana wykazał istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem gotowości ludności wiejskiej do udzielania pierwszej pomocy a poziomem wiedzy na temat zasad jej udzielania. Osoby o wyższym poziomie wiedzy na temat zasad pierwszej pomocy przedmedycznej deklarują wyższy poziom gotowości.

6. Test korelacji rang *R* Spearmana potwierdził istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem gotowości do udzielania pierwszej pomocy a wiekiem ludności wiejskiej. Osoby starsze deklarują wyższy niż osoby młodsze poziom gotowości do udzielenia pierwszej pomocy. Test statystyczny nie potwierdził istotnej zależności pomiędzy poziomem gotowości do udzielania pierwszej pomocy a płcią oraz poziomem wykształcenia.

Bibliografia

1. Pierwsza pomoc. W: Słownik języka polskiego PWN. https://sjp.pwn.pl/sjp/pierwsza-pomoc;2504325.html [dostęp: 12.12.2024].
2. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2023 r. poz. 1560).
3. Markenson D., Ferguson J.D., Chameides L. i wsp.: Part 17: First aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross guidelines for first aid, Circulation, 2010; 122(18 suppl. 3): 934–946. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971150.
4. Polska Rada Resuscytacji: Wytyczne resuscytacji 2021. https://www.prc.krakow.pl/wytyczne.html [dostęp: 11.12.2024].
5. Pierwsza pomoc. W: Europejska Rada Resuscytacji: Wytyczne resuscytacji 2021 ERC, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2021: 317, 313–352.
6. Zideman D.A., Singletary E.M., Borra V. i wsp.: Pierwsza pomoc. W: Polska Rada Resuscytacji: Wytyczne resuscytacji 2020. https://www.prc.krakow.pl/wytyczne_2021.html [dostęp: 18.11.2023].
7. Mikos M., Matonóg A.: Podstawy prawne kwalifikowanej pierwszej pomocy. W: Kopta A., Mierzejewski J., Kołodziej G. (red.): Kwalifikowana pierwsza pomoc dla jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016: 1–26.
8. Jakubaszko J.: Specyfika medycyny ratunkowej. Wybrane aspekty szczególne. W: Zawadzki A. (red.): Medycyna ratunkowa i katastrof, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 389–400.
9. Luber D.: Pomoc jako kategoria moralna, Nauczyciel i Szkoła, 2008; 1–2 (38–39): 19–34.
10. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1138).
11. Zoll A. (red.): Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, t. 2: Komentarz do art. 117–277 k.k., wyd. 3, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2008.
12. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 października 1998 r., sygn. III KNN 27/98, Prokuratura i Prawo, 1999, dodatek „Orzecznictwo"; 2: 3.
13. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 1465).
14. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. z 1997 r. nr 129, poz. 844).

15. Goniewicz M.: Prawne podstawy udzielania pierwszej pomocy. W: Goniewicz M.: Pierwsza pomoc. Podręcznik dla studentów, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 17–24.
16. Podstawa programowa kształcenia ogólnego z komentarzem. Szkoła podstawowa. Edukacja dla bezpieczeństwa, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ośrodek Rozwoju Edukacji, [Warszawa 2017]. https://www.ore.edu.pl/wp-content/uploads/2017/05/edukacja-dla-bezpieczenstwa.-pp-z-komentarzem.-szkola-podstawowa-1.pdf [dostęp: 19.11.2023].
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2009 r. w sprawie przygotowania nauczycieli do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy (Dz.U. z 2009 r. nr 139, poz. 1132).
18. Słowik K., Kożybska M., Karakiewicz B.: Wiedza osób dorosłych na temat udzielania pierwszej pomocy, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2021; 27(1): 77–81. doi: 10.26444/monz/134730.
19. Zawidzka M., Haor B., Daszuta K.: Analiza wiedzy studentów PWSZ we Włocławku na temat udzielania pierwszej pomocy, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2019; 4(3): 9–26. doi: 10.21784/IwP.2019.013.
20. Salwa A., Babiarz A., Nowak-Starz G.: Poziom wiedzy mieszkańców wsi na temat czynności udzielania pierwszej pomocy, Pielęgniarstwo Polskie, 2017; 3(65): 459–463.
21. Czyż R., Kwiatoń M., Górniak I.: Ocena poziomu wiedzy studentów wybranych polskich uczelni wyższych na temat zasad udzielania pierwszej pomocy osobie dorosłej w stanach nagłych. Journal of Education, Health and Sport, 2016; 6(7): 399–410. doi: 10.5281/zenodo.58327.

3. Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat powikłań u pacjentów wentylowanych mechanicznie na oddziale intensywnej terapii

Knowledge of nursing staff about complications in mechanically ventilated patients in the intensive care unit

Katarzyna Tomaszewska[1, a], Janina Zajchowska[1, b], Anna Dominik[1, c], Małgorzata Piotrowicz[1, d], Barbara Wojtyna[1, e]

[1] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław

[a] https://orcid.org/0000-0002-2129-9107
[b] https://orcid.org/0000-0002-8708-7895
[c] https://orcid.org/0000-0003-4393-1705
[d] https://orcid.org/0009-0003-3163-7733
[e] https://orcid.org/0009-0004-9929-5167

Abstrakt

Wstęp: Powikłania występujące u pacjentów wentylowanych mechanicznie na oddziałach intensywnej terapii nadal stanowią poważny problem znacznie zwiększający ryzyko zgonu, pogarszający rokowania i wydłużający hospitalizację. Ogromną rolę w przeciwdziałaniu takim zjawiskom odgrywa personel pielęgniarski, który powinien posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętności, aby świadomie i skutecznie realizować działania profilaktyczne w trakcie swoich codziennych obowiązków.

Cel badań: Przedstawienie wiedzy personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach intensywnej terapii na temat powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone w grupie 210 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Uczestnictwo w ankiecie było w pełni dobrowolne i anonimowe. Metodą zastosowaną w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny. Analiza została przeprowadzona za pomocą programu SPSS, a wszelkie związki są istotne z punktu widzenia statystycznego, gdy $p \leq 0{,}05$.

Wyniki: Personel pielęgniarski pracujący na oddziałach intensywnej terapii posiada przeciętną wiedzę o powikłaniach występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie. Badani trafnie oceniali przyczyny występowania powikłań i poprawnie je identyfikowali. Czynności profilaktyczne, których wykonywanie w codziennej pracy deklarują, są zgodne z aktualną wiedzą medyczną i zaleceniami towarzystw naukowych.

Wnioski: Zarówno staż pracy, jak i poziom wykształcenia nie wpływają istotnie statystycznie na poziom wiedzy. Staż pracy nie wpływa na rodzaj i częstość podejmowanych działań profilaktycznych. Pielęgniarki z tytułem specjalisty posiadają większą, bardziej kompleksową wiedzę o powikłaniach występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Słowa kluczowe: wentylacja mechaniczna, powikłania, oddział intensywnej terapii, pielęgniarka, wiedza.

Abstract

Introduction: Complications occurring in mechanically ventilated patients in intensive care units are still a serious problem, significantly increasing the risk of death, worsening prognosis and prolonging hospitalization. Nursing staff play a huge role in counteracting such phenomena, as during their daily duties they should have appropriate knowledge and skills to consciously and effectively implement preventive measures.

The aim of the study: To present the knowledge of nursing staff working in intensive care units about complications occurring in mechanically ventilated patients.

Material and methods: The study was conducted on a group of 210 nurses working in the departments of anesthesiology and intensive care. Participation in the survey was completely voluntary and anonymous. The method used in this study was a diagnostic survey. The analysis was performed using the SPSS program, and all relationships are statistically significant when $p \leq 0.05$.

Results: Nursing staff working in intensive care units have average knowledge about complications occurring in mechanically ventilated patients. The respondents accurately assessed the causes of complications and identified them correctly. The preventive activities they claim to perform in their daily work are consistent with current medical knowledge and recommendations of scientific societies.

Conclusions: Neither employment experience nor education level has a statistically significant impact on the level of knowledge. Employment experience does not affect the type and frequency of preventive measures taken. Nurses with a specialist title have greater and more comprehensive knowledge about complications occurring in mechanically ventilated patients.

Keywords: mechanical ventilation, complications, intensive care unit, nurse, knowledge.

Wstęp

Wentylacja mechaniczna niewątpliwie jest jednym z największych osiągnięć współczesnej medycyny, które przyczyniło się do uratowania życia setek tysięcy pacjentów na całym świecie. W przypadku chorych, którzy ze względu na swój stan kliniczny nie są w stanie samodzielnie oddychać, stwarza ona szerokie możliwości terapeutyczne i umożliwia utrzymanie prawidłowej wymiany gazowej.

Należy jednak podkreślić, że – podobnie jak każda metoda terapeutyczna – nie jest pozbawiona ograniczeń i potencjalnych powikłań. Nieprawidłowo prowadzona wentylacja mechaniczna może się przyczyniać do pogorszenia stanu chorego oraz zwiększać ryzyko wystąpienia działań niepożądanych.

Wentylacja mechaniczna nie stanowi leczenia przyczynowego, lecz jest metodą wspomagającą, która umożliwia utrzymanie podstawowej funkcji życiowej, jaką jest oddychanie, oraz stwarza warunki do skutecznego leczenia choroby podstawowej. Sama nie eliminuje przyczyny niewydolności oddechowej, lecz zapewnia czas niezbędny do wdrożenia i działania właściwego postępowania terapeutycznego. Z tego względu niezwykle istotne jest zrozumienie zasad prowadzenia wentylacji mechanicznej, jej wskazań, możliwości terapeutycznych oraz potencjalnych zagrożeń [1].

Wentylacja mechaniczna jest niezbędną interwencją medyczną w kontekście krytycznej choroby. Wiąże się jednak z ryzykiem wystąpienia istotnych powikłań, którym można zapobiec. Należą do nich: zapalenie płuc związane z respiratorem (*ventilator-associated pneumonia* – VAP), posocznica, zespół ostrej niewydolności oddechowej (*acute respiratory distress syndrome* – ARDS), niedodma i obrzęk płuc [2]. Powikłania związane z respiratoroterapią często zwiększają zachorowalność i śmiertelność. Mogą także wydłużyć czas trwania wentylacji mechanicznej oraz czas pobytu w szpitalu lub na oddziale intensywnej terapii (OIOM), podwyższając koszty opieki zdrowotnej [3]. Bezpieczne i skuteczne strategie terapeutyczne i zapobiegawcze często wymagają współpracy wielodyscyplinarnej i mają fundamentalne znaczenie w łagodzeniu złych wyników zdarzeń związanych z respiratorem (*ventilator-associated events* – VAE) [4, 5].

Jednym z najpoważniejszych powikłań respiratoroterapii jest zespół uszkodzenia płuc (ARDS), który stanowi naczelny przykład ostrej niewydolności oddechowej (ONO). Charakteryzuje się uszkodzeniem struktury płuc, powodującym trudności w wymianie gazowej i obniżenie poziomu tlenu we krwi, prowadzącym do ciężkiej niewydolności oddechowej. ARDS jest często związany z wysoką śmiertelnością (30–40%) i ma istotny wpływ na rokowanie pacjenta [6]. Przyczyny rozwoju ARDS można podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich to przyczyny pierwotnie płucne, do których należą: aspiracja do drzewa oskrzelowego ciała obcego, cieczy, aerozoli i gazów, stłuczenie płuca, zapalenie płuc, uszkodzenie płuc związane z wentylacją mechaniczną. Do drugiej grupy – przyczyn pozapłucnych – kwalifikuje się: sepsę, uraz wielonarządowy, wstrząs każdego typu, krążenie pozaustrojowe, stan po przeszczepie płuc. Skuteczne zarządzanie ARDS u pacjentów wentylowanych mechanicznie na oddziale intensywnej terapii ma na celu poprawę wymiany gazowej, minimalizację dalszego uszkodzenia płuc i zmniejszenie powikłań. Główne strategie obejmują: mechaniczną wentylację z kontrolowanym ciśnieniem końcowym lub wentylację o małej objętości oddechowej w celu ograniczenia dalszego uszkodzenia płucnego, stosowanie odpowiednich ustawień respiratora, takich jak

niskie stężenie tlenu, niskie Vt[1], umiarkowany PEEP[2] i odpowiednie częstotliwości oddechów, leczenie farmakologiczne, takie jak stosowanie surfaktantu płucnego, leków przeciwzapalnych (np. kortykosteroidów) i leków rozszerzających oskrzela. Jeśli przyczyna związana jest z infekcją, włącza się leczenie antybiotykiem. W przypadku ciężkiego ARDS mogą być stosowane terapie wspomagające, takie jak pozaustrojowe utlenowanie krwi (*extracorporeal membrane oxygenation* – ECMO) [7].

Zapalenie płuc związane z wentylacją mechaniczną (VAP) jest powikłaniem polegającym na infekcji dolnych dróg oddechowych u pacjentów wentylowanych mechanicznie. Szczególnie istotne są przestrzeganie procedur higieny i aseptyki, stosowanie strategii ograniczających VAP oraz wczesne rozpoznanie i leczenie infekcji. VAP jest powszechnym problemem w jednostkach intensywnej terapii (JIT) i stanowi duże wyzwanie dla personelu medycznego. Szacuje się, że od 8% do 28% pacjentów poddanych mechanicznej wentylacji rozwija VAP, co przekłada się na zwiększenie umieralności, czasu hospitalizacji i kosztów opieki zdrowotnej [8]. Największe ryzyko wystąpienia VAP obserwuje się u pacjentów z dłuższym czasem wentylacji mechanicznej, przewlekłą niewydolnością oddechową, uszkodzeniem śluzówki oddechowej, niedostateczną higieną jamy ustnej i dróg oddechowych, osłabieniem układu immunologicznego oraz u osób z cewnikiem nosowo-gardłowym. Głównym mechanizmem powstawania VAP jest kolonizacja dróg oddechowych przez patogeny z otoczenia pacjenta lub drobnoustroje już obecne w drogach oddechowych. W celu zmniejszenia ryzyka rozwoju zapalenia płuc podejmuje się szereg działań zapobiegawczych. Należą do nich właściwa higiena jamy ustnej i dróg oddechowych, monitorowanie parametrów wentylacji mechanicznej, minimalizacja czasu wentylacji mechanicznej, a także zastosowanie urządzeń wentylacyjnych z zamkniętym systemem. Podstawową składową leczenia jest antybiotykoterapia, która powinna być wdrożona w przeciągu czterech godzin od wystąpienia zachorowania lub podejrzenia VAP [7].

Mechaniczna wentylacja może również wpływać na rozwój nadciśnienia płucnego (*pulmonary hypertension* – PH). Jest ono związane z cyklicznym rozprężaniem i zapadaniem się pęcherzyków płucnych wyzwalanych przez respirator, co prowadzi do wzrostu ciśnienia w naczyniach płucnych, a w konsekwencji do uszkodzenia śródbłonka naczyń płucnych i nadmiernego skurczu mięśni gładkich naczyń [8].

Cel badań

Celem badań było przedstawienie wiedzy personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach intensywnej terapii na temat powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie.

---

[1] Vt (*tidal volume*) – objętość oddechowa (objętość pojedynczego oddechu dostarczanego pacjentowi podczas wentylacji mechanicznej), najczęściej wyrażana w mililitrach (ml) lub ml/kg należnej masy ciała.

[2] PEEP (*positive end-expiratory pressure*) – dodatnie ciśnienie końcowowydechowe, czyli ciśnienie utrzymywane w drogach oddechowych pod koniec wydechu, zapobiegające zapadaniu się pęcherzyków płucnych oraz poprawiające utlenowanie krwi.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w grudniu 2023 roku w grupie 210 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach na terenie województwa podkarpackiego. Uczestnictwo w ankiecie było w pełni dobrowolne i anonimowe.

Metodą zastosowaną w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny, techniką – ankieta, a jako narzędzie badawcze służył autorski kwestionariusz ankietowy.

W trakcie analizy statystycznej w celu sprawdzenia istotności związku między zmiennymi zbudowanymi na skalach nominalnych oraz porządkowych wykorzystano test chi-kwadrat, jak również korelacje tau-b Kendalla (dla tabel z taką samą liczbą kolumn i wierszy) oraz tau-c Kendalla. Analiza została przeprowadzona za pomocą programu SPSS, a wszelkie związki są istotne z punktu widzenia statystycznego, gdy $p \leq 0{,}05$.

Wyniki

Udział w badaniu wzięło 210 przedstawicieli personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach intensywnej terapii. Wśród respondentów zdecydowanie więcej było kobiet (89,5%) niż mężczyzn (10,5%). Blisko połowa ankietowanych (42,9%) była w wieku od 18 do 29 lat. Z kolei niemal co trzecia badana osoba (32,4%) miała od 30 do 39 lat. Znacznie mniej liczni byli respondenci pomiędzy 40. a 49. rokiem życia (15,2%) oraz mający co najmniej 50 lat (9,5%). Blisko połowa respondentów (48,6%) miała wykształcenie wyższe licencjackie, a nieco mniej uczestników badania (42,9%) posiadało wykształcenie wyższe magisterskie. Pozostałe 8,6% badanych osób miało wykształcenie średnie. Niemal co trzeci respondent (30,5%) posiadał tytuł specjalisty pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Prawie co trzecia badana osoba (32,4%) pracowała na oddziale intensywnej terapii ponad 5 lat. Nieco mniejszy odsetek (30,5%) był zatrudniony poniżej roku. Z kolei 21% respondentów pracowało od 3 do 5 lat, a pozostałych 16,2% – od 1 do 2 lat. Swoją wiedzę o powikłaniach występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie blisko połowa badanych osób (46,7%) oceniała dobrze, a nieco mniejsza część respondentów (38,1%) wskazała, że ich wiedza jest dostateczna. Z kolei 8,6% ankietowanych oceniało swoją wiedzę bardzo dobrze, 5,7% – źle, a 1% – bardzo źle. Zdecydowanie najwięcej respondentów uważało, że najczęstszymi powikłaniami u pacjentów wentylowanych mechanicznie przebywających na oddziałach intensywnej terapii są powikłania ze strony układu oddechowego (89,5%) oraz powikłania wynikające z unieruchomienia (83,8%). Blisko połowa badanych (45,7%) wskazała na powikłania związane z linią naczyniową, a nieco mniej (40%) – na powikłania związane zaburzeniami krążenia włośniczkowego. Najmniej respondentów stwierdziło, że częstymi powikłaniami są te związane z żywieniem dojelitowym/pozajelitowym (26,7%). Znajomość przyczyn powstawania powikłań u pacjentów wentylowanych mechanicznie deklarowało 62,9% uczestników badania.

Test Kruskala–Wallisa nie wykazał istotnych statystycznie różnic w poziomie wiedzy na temat powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie pomiędzy grupami badanych o różnym stażu pracy na oddziale intensywnej terapii. Różnicę można określić jako bliską istotności statystycznej. Największą wiedzę mają osoby o stażu od 3 do 5 lat, a najniższą te pracujące krócej niż rok (tabela 1).

Tabela 1. Staż pracy na oddziale intensywnej terapii a ogólny poziom wiedzy na temat powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie

Staż pracy na oddziale intensywnej terapii	*n*	Min.	Maks.	*M*	*Me*	*SD*
<1 rok	64	1	9	5,69	5,50	2,007
1–2 lata	34	3	9	6,29	6,00	1,929
3–5 lat	44	4	10	7,00	7,00	1,662
>5 lat	68	2	10	6,82	7,00	2,380
Test Kruskala–Wallisa: $H = 7{,}054$, $p = 0{,}070$						

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci pytani o źródła swojej wiedzy o profilaktyce powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie zdecydowanie najczęściej wskazywali na szkolenia i kursy (76,2%) oraz literaturę specjalistyczną (72,4%). Wyraźnie mniej badanych wiedzę czerpało z konferencji i sympozjów (39%) oraz szkoleń wewnątrzzakładowych (33,3%), a najmniej (16,2%) – z kampanii edukacyjnych. Respondentów proszono o ocenę w skali 0–10 swojej wiedzy o profilaktyce powikłań pacjentów wentylowanych mechanicznie. Najwięcej badanych oceniło swoją wiedzę na 5 (29,5%), a nieco mniej na 7 (21,9%). Dosyć liczne były również oceny 4 i 8 (po 12,4%) oraz 6 (8,6%). Łącznie aż 84,8% respondentów uważało, że ich wiedza powinna być oceniana w zakresie od 4 do 8 w skali 0–10. Średnia samoocena wiedzy wyniosła natomiast 5,75, przy odchyleniu standardowym równym 1,93.

Ogólny wskaźnik wiedzy na temat powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie wyniósł średnio 6,43 punktu, przy medianie 6,00 punktów i odchyleniu standardowym 2,10 (tabela 2).

Tabela 2. Statystyki opisowe i test normalności rozkładu ogólnego wskaźnika wiedzy na temat powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie

n	Min.	Maks.	*M*	*Me*	*SD*	*K–S*	*p*
210	1	10	6,43	6,00	2,10	0,127	<0,001

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowanie najczęstszą czynnością podejmowaną w celu zapobiegania powikłaniom ze strony układu oddechowego u pacjentów wentylowanych mechanicznie było odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego (92,4%). Ankietowani deklarowali, że w tym celu wykonują takie czynności, jak: codzienna toaleta jamy ustnej (79%) oraz systematyczna zmiana filtrów antybakteryjnych i pochłaniaczy wilgoci (70,5%). Nieco ponad połowa badanych (51,4%) stosowała drenaż złożeniowy czy zamknięte systemy do odsysania. Najmniej badanych (39%) używało jałowych rękawiczek.

Respondenci ocenili również wpływ poszczególnych czynników na rozwój powikłań u pacjentów wentylowanych mechanicznie. Każdy z czynników był oceniany w skali 0–4 (0 – nie mają wpływu, 1 – mają niewielki wpływ, 2 – trudno powiedzieć, 3 – mają duży wpływ, 4 – mają bardzo duży wpływ) (tabela 3).

Tabela 3. Ocena wpływu poszczególnych czynników na rozwój powikłań u pacjentów wentylowanych mechanicznie

Jaki wpływ mają poszczególne czynniki na rozwój powikłań u pacjentów wentylowanych mechanicznie? (w skali 0–4, gdzie 0 – nie mają wpływu, 4 – mają bardzo duży wpływ)	Min.	Maks.	*M*	*Me*	*SD*
Ostra niewydolność oddechowa (ARDS)	2	4	3,58	4,00	0,53
Czas prowadzenia respiratoroterapii	2	4	3,50	4,00	0,61
Długotrwała hospitalizacja	1	4	3,49	4,00	0,61
Wielochorobowość	1	4	3,47	4,00	0,64
Zaburzenia odporności	1	4	3,45	4,00	0,68
Występowanie współistniejących przewlekłych chorób układu oddechowego	1	4	3,43	4,00	0,65
Częstość odsysania wydzieliny z dróg oddechowych	1	4	3,29	3,00	0,74
Nadwaga lub otyłość	1	4	3,23	3,00	0,67
Wiek	1	4	3,12	3,00	0,58
Częstość zmiany rurki intubacyjnej	0	4	3,04	3,00	0,80

Źródło: opracowanie własne.

Zdaniem respondentów największy wpływ na rozwój powikłań ma ostra niewydolność oddechowa, a najmniejszy częstość zmiany rurki intubacyjnej.

Średni wskaźnik wiedzy w badanej grupie wyniósł 6,43 na 10 możliwych do zdobycia punktów, co można interpretować jako przeciętny poziom wiedzy. Połowa respondentów uzyskała więcej, a połowa mniej niż 6 punktów na 10 możliwych. Odchylenie standardowe świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu badanej grupy pod względem ogólnego wskaźnika wiedzy na temat powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Test Kruskala–Wallisa wykazał natomiast, że respondenci z wykształceniem średnim mają wiedzę istotnie statystycznie większą niż badani z wykształceniem wyższym licencjackim (tabela 4).

Tabela 4. Wykształcenie a ogólny wskaźnik wiedzy na temat powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie

Wykształcenie	*n*	Min.	Maks.	*M*	*Me*	*SD*
Średnie	18	3	10	7,44	8,00	2,30
Wyższe licencjackie	104	2	9	6,00	6,00	1,83
Wyższe magisterskie	90	1	10	6,71	7,00	2,27
Test Kruskala–Wallisa: $H = 6{,}021$, $p = 0{,}049$						

Źródło: opracowanie własne.

Test *U* Manna–Whitneya wykazał, że osoby posiadające tytuł specjalisty pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki mają istotnie statystycznie wyższy poziom wiedzy na temat powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie niż osoby nieposiadające takiego tytułu (tabela 5).

Tabela 5. Posiadanie tytułu specjalisty pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki a ogólny wskaźnik wiedzy na temat powikłań występujących u pacjentów wentylowanych mechanicznie

Tytuł specjalisty pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	*n*	Min.	Maks.	*M*	*Me*	*SD*
Tak	64	3	10	7,25	7,00	2,08
Nie	146	1	9	6,07	6,00	2,02
Test *U* Manna–Whitneya: $Z = -2{,}636$, $p = 0{,}008$						

Źródło: opracowanie własne.

Następnie sprawdzono, czy zachodzi istotny statystycznie związek między stażem pracy na oddziale intensywnej terapii a czynnościami podejmowanymi w trakcie codziennej pracy w celu zapobiegania powikłaniom u pacjentów wentylowanych mechanicznie (tabela 6).

Tabela 6. Staż pracy na oddziale intensywnej terapii a czynności podejmowane w trakcie codziennej pracy w celu zapobiegania powikłaniom ze strony układu oddechowego u pacjentów wentylowanych mechanicznie

Które z czynności w trakcie codziennej pracy podejmuje w celu zapobiegania powikłaniom ze strony układu oddechowego u pacjentów wentylowanych mechanicznie?	Staż pracy na oddziale intensywnej terapii						Test chi-kwadrat	
	<1 rok		1–5 lat		>5 lat			
	n	%	*n*	%	*n*	%	χ^2	*p*
Odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego	58	90,6	74	94,9	62	91,2	0,554	0,758
Systematyczna zmiana filtrów antybakteryjnych i pochłaniaczy wilgoci	38	59,4	56	71,8	54	79,4	3,233	0,199

Codzienna toaleta jamy ustnej	48	75,0	62	79,5	56	82,4	0,545	0,761
Używanie jałowych rękawic	34	53,1	26	33,3	22	32,4	3,840	0,147
Stosowanie zamkniętych systemów do odsysania	26	40,6	38	48,7	34	50,0	0,687	0,709
Stosowanie drenażu ułożeniowego	24	37,5	42	53,8	42	61,8	4,031	0,133

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki dowiodły, że staż pracy na oddziale intensywnej terapii nie wpływa w sposób istotny statystycznie na poziom wiedzy o powikłaniach u pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Dyskusja

Wiedza i działania profilaktyczne pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach intensywnej terapii mają absolutnie kluczowe znaczenie dla zapobiegania wystąpieniu powikłań u pacjentów wentylowanych mechanicznie. Obecnie dostępnych jest wiele publikacji naukowych uznających kompleksową wiedzę i znajomość procedur za decydujący czynnik prewencyjny w niedopuszczaniu do ich powstania [9–11]. Wyniki niniejszego badania pokazały, że wiedza pielęgniarek i pielęgniarzy jest na przeciętnym poziomie – badani uzyskali średnio 6,43 punktu na 10 możliwych. Należy jednak zauważyć, że odchylenie standardowe pokazuje niewielkie zróżnicowanie wiedzy, co sugeruje, iż personel pielęgniarski ma zbliżony poziom wiedzy. Respondenci zapytani o to, skąd czerpią swoją wiedzę, najczęściej podawali szkolenia i kursy oraz literaturę specjalistyczną, a znacznie rzadziej szkolenia wewnątrzzakładowe. Zbliżone wyniki w swojej publikacji opisali Niemczyk i wsp. Także w ich badaniach najczęściej wybierano szkolenia i kursy oraz fachową literaturę. Wskazywać to może na brak systemowych rozwiązań ukierunkowanych na poprawę wiedzy organizowanych przez pracodawców i pokazuje, że działania podejmowane przez personel są oddolną inicjatywą [10]. Zdecydowanie należy podjąć działania zapewniające całemu personelowi pielęgniarskiemu dostęp do szkoleń i warsztatów w tym obszarze, umożliwiając mu weryfikację posiadanej wiedzy i zdobycie teoretycznej i praktycznej wiedzy o procedurach i schematach postępowania.

Dostępne wytyczne publikowane przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki wskazują, że rutynowe odsysanie przy użyciu jednorazowego cewnika może prowadzić do uszkodzenia błony śluzowej, ułatwiając adhezję bakterii, a także obniża ciśnienie parcjalne tlenu. Zaleca się każdorazowe stosowanie zamkniętych układów, szczególnie w połączeniu z rurkami intubacyjnymi wyposażonymi w kanał do odsysania [11]. Równie duży nacisk w zaleceniach kładzie się na stosowanie drenażu złożeniowego, gdyż liczne dowody naukowe wskazują, że ułatwia on ewakuację wydzieliny i poprawia upowietrznienie płuc. Niël-Weise i wsp. w swoim badaniu doszli do podobnych wniosków, zwracając uwagę na kinezyterapię, właściwe ułożenie pacjenta i stoso-

wanie masażu wibracyjnego jako prostych, a zarazem bardzo skutecznych technik obniżenia ryzyka wystąpienia VAP [12]. Niemal wszyscy respondenci podkreślali, że są świadomi znacznego wpływu odpowiedniego ułożenia pacjenta i wykonywania zabiegów fizykoterapeutycznych, a także częstej zmiany pozycji złożeniowej na rozwój powikłań. Jedynie co drugi respondent w swojej codziennej pracy podejmował te czynności. Wynikać to może z nadmiernego obciążenia pracą personelu pielęgniarskiego i zbyt małych zasobów ludzkich.

Cewnikowanie naczyń obwodowych jest najczęściej spotykaną inwazyjną procedurą medyczną i pomimo coraz lepszej jakości sprzętu i preparatów antyseptycznych nadal stanowi istotny statystycznie problem. Obecnie szacuje się, że każdego roku w Polsce dochodzi u około 50 tys. pacjentów do zakażenia związanego z obecnością linii naczyniowej i terapii dożylnej. U pacjentów przebywających przez dłuższy czas na oddziale intensywnej terapii standardem jest utrzymywanie centralnego dostępu żylnego, który umożliwia długotrwałą płynoterapię oraz podawanie leków bez konieczności częstej wymiany wkłucia. Wiąże się to jednak ze zwiększeniem ryzyka bakteriemii, mogącej prowadzić do sepsy, czyli ogólnoustrojowej reakcji organizmu na zakażenie [13]. Wkłucie centralne wymaga także bezwzględnego stosowania zasad aseptyki i antyseptyki przy każdorazowej manipulacji. El-Rabbany i wsp. dokonali analizy 28 randomizowanych badań, biorąc pod uwagę skuteczność elementów higieny jamy ustnej w przeciwdziałaniu rozwojowi VAP. Wyniki jednoznacznie wskazują na wpływ prawidłowych zachowań prewencyjnych na zmniejszenie ryzyka i opóźnienie wystąpienia powikłań. Potwierdzono również skuteczność roztworów chlorheksydyny stosowanych do pielęgnacji jamy ustnej w ograniczaniu częstości występowania zapalenia płuc związanego z wentylacją mechaniczną (VAP). Jednocześnie nie wykazano jednoznacznych korzyści wynikających ze szczotkowania zębów z użyciem pasty ani ze stosowania roztworów oktenidyny lub jodyny w profilaktyce tego powikłania [14]. W podobnych badaniach – przeprowadzonych przez Guptę i wsp. – wstępnie oceniano stan uzębienia, dziąseł i płytki nazębnej, a następnie poddawano pacjentów kompleksowym zabiegom higieny jamy ustnej polegającym na dwukrotnym szczotkowaniu zębów, oczyszczaniu języka i dziąseł, płukaniu i usuwaniu płytki nazębnej. Uzyskano znaczącą redukcję częstości występowania zapalenia płuc, a wykonane posiewy charakteryzowały się ilościową i jakościową redukcją flory bakteryjnej [15]. W opisanych w niniejszej pracy badaniach wykazano, że ponad 60% badanych wie, w jaki sposób może dbać o higienę jamy ustnej pacjenta. Równocześnie 4 na 5 respondentów twierdzi, że w swojej codziennej pracy podejmuje działania obejmujące higienę jamy ustnej u pacjentów wentylowanych mechanicznie. Wynika z tego, że wiedza personelu w tym zakresie nie jest wystarczająca i należy podjąć działania zapewniające wdrożenie przez zakłady ochrony zdrowia jednolitych i aktualnych protokołów higieny, opracowanie planów edukacyjnych i schematów postępowania. Pielęgnacja powinna obejmować mycie całej jamy ustnej, płukanie i stymulację przepływu śliny. Pacjenci wentylowani mechanicznie

powinni zostać objęci opieką stomatologiczną dążącą do eliminacji potencjalnych źródeł zakażenia [16].

Pomimo znacznej poprawy wiedzy personelu pielęgniarskiego bez wątpienia należy kontynuować wysiłki i starania, aby nadal umożliwiać zdobywanie wiedzy i umiejętności w zakresie profilaktyki powikłań u pacjentów wentylowanych mechanicznie. Należy dążyć do wprowadzenia jednolitych standardów opieki opartych na aktualnej wiedzy medycznej. Działania te mają korzystny wpływ nie tylko na pacjentów, ale także personel i cały system ochrony zdrowia.

Wnioski

1. Wiedza personelu pielęgniarskiego o powikłaniach u pacjentów wentylowanych mechanicznie jest na przeciętnym poziomie.
2. Czynniki socjodemograficzne nie wpływają na poziom wiedzy o powikłaniach u pacjentów wentylowanych mechanicznie.
3. Posiadanie przez personel pielęgniarski tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki wpływa na poziom i kompleksowość wiedzy na temat powikłań u pacjentów wentylowanych mechanicznie na oddziałach intensywnej terapii.

Bibliografia

1. Putowski Z., Czok M., Liberski P.S., Krzych Ł.J.: Podstawy wentylacji mechanicznej dla nieanestezjologów. Część 1: Aspekty teoretyczne, Pneumologia Polska, 2020; 1(3): 177–185.
2. Larsson J., Itenov T.S., Bestle M.H.: Risk prediction models for mortality in patients with ventilator-associated pneumonia: A systematic review and meta-analysis, Journal of Critical Care, 2017; 37: 112–118. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.09.003.
3. Główny Urząd Statystyczny: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r., Kraków 2021.
4. Haribhai S., Mahboobi SK.: Ventilator complications. [Updated 2022 Sep 26]. W: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560535 [dostęp: 7.07.2026].
5. Wu D., Wu Ch., Zhang S., Zhong Y.: Risk factors of ventilator-associated pneumonia in critically iii patients, Frontiers in Pharmacology, 2019; 10: 482. doi: 10.3389/fphar.2019.00482. PMID: 31143118; PMCID: PMC6521332.
6. Thompson B.T., Chambers R.C., Liu K.D.: Acute respiratory distress syndrome, New England Journal of Medicine, 2017; 377(6): 562–572. doi: 10.1056/NEJMra1608077.
7. Owczuk R. (red.): Anestezjologia i intensywna terapia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.

8. Bobik P., Siemiątkowski A.: Zapalenie płuc i inne infekcje związane z wentylacją mechaniczną, Advances in Respiratory Medicine, 2014; 82(5): 472–480. doi: 10.5603/PiAP.2014.0062.
9. Simonneau G., Gatzoulis M.A., Adatia I. i wsp.: Updated clinical classification of pulmonary hypertension, Journal of the American College of Cardiology, 2013; 62(25 Suppl): D 34–41. doi: 10.1016/j.jacc.2013.10.029. Erratum in: Journal of the American College of Cardiology, 2014; 63(7): 746. doi: 10.1016/j.jacc.2013.12.004. PMID: 24355639.
10. Niemczyk E., Ozga D., Woźniak K. i wsp.: Ocena wiedzy pielęgniarek na temat VAP w wybranych oddziałach intensywnej terapii województwa podkarpackiego – badanie pilotażowe, Forum Zakażeń, 2017; 8(2): 71–77. doi: 10.15374/FZ2017004.
11. Pilch D., Mędrzycka-Dąbrowska W., Snopek B.: Zalecenie grupy roboczej do spraw praktyki w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki PTPAiIO w sprawie wytycznych pielęgnacji dróg oddechowych u pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie leczonych w oddziale intensywnej terapii, Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece, 2015; 1(1): 5–12.
12. Niël-Weise B.S., Gastmeier P., Kola A. i wsp.: An evidence-based recommendation on bed head elevation for mechanically ventilated patients, Critical Care, 2011; 15(2): R 111. doi: 10.1186/cc10135. Epub 2011 Apr 11. PMID: 21481251; PMCID: PMC3219392.
13. Wiśniewska A.E., Ślusarska B., Książek M., Nowicki G., Zboina B., Jędrzejkiewicz B.: Wiedza i samoocena pielęgniarek w obszarze przestrzegania procedur profilaktyki zakażeń związanych z obecnością cewników naczyniowych, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2018; 8(4): 277–283.
14. El-Rabbany M., Zaghlol N., Bhandari M., Azarpazhooh A.: Prophylactic oral health procedures to prevent hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: A systematic review, International Journal of Nursing Studies, 2015; 52(1): 452–464. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.010. Epub 2014 Jul 27. PMID: 25443306.
15. Gupta A., Gupta A., Singh T.K., Saxsena A.: Role of oral care to prevent VAP in mechanically ventilated Intensive Care Unit patients, Saudi Journal of Anaesthesia, 2016; 10(1): 95–97. doi: 10.4103/1658-354X.169484. PMID: 26955317; PMCID: PMC4760051.
16. Dyk D., Gutysz-Wojnicka A. (red.): Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.

4. Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat profilaktyki i leczenia odleżyn

Nursing staff's knowledge about the prevention and treatment of pressure ulcers

Agnieszka Kusber[1, a], Marta Cebulak[2, b]

[1] Oddział Geriatryczny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku
Department of Geriatrics, Independent Public Health Care Institution in Przeworsk
[2] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław

[a] https://orcid.org/0009-0003-5326-2354
[b] https://orcid.org/0000-0001-6580-8703

Abstrakt

Wstęp: Odleżyny to jeden z najczęstszych rodzajów ran przewlekłych, a ich leczenie jest procesem złożonym i długotrwałym, wymagającym holistycznego podejścia i pracy zespołowej, w której znaczącą rolę pełni personel pielęgniarski. Chociaż całkowite wyeliminowanie odleżyn nie jest możliwe ze względu na ich wieloczynnikową etiologię, to dzięki znajomości aktualnych wytycznych dotyczących profilaktyki i leczenia odleżyn można zmniejszyć częstość ich występowania, a także wpłynąć na skuteczność ich leczenia. Właściwe postępowanie przyczynia się do poprawy jakości życia pacjentów, redukcji bólu, zapobiega powikłaniom i zmniejsza koszty opieki.

Podstawą optymalnej opieki pielęgniarskiej zapobiegającej powstawaniu odleżyn i ich właściwego leczenia jest realizowanie zadań pielęgnacyjno-terapeutycznych zgodnie z aktualną wiedzą oraz aktualnymi i wiarygodnymi wynikami badań naukowych, wytycznymi i rekomendacjami.

Cel badań: Celem badań było określenie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat profilaktyki i leczenia odleżyn.

Materiał i metoda: W badaniach wzięło udział 100 osób należących do personelu pielęgniarskiego, w tym 50 osób zatrudnionych na oddziałach geriatrii i 50 osób zatrudnionych w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych na terenie województwa podkarpackiego. Badania zostały przeprowadzone w okresie od marca do maja 2023 roku w ramach pracy dyplomowej. Zastosowano w nich metodę sondażu diagnostycznego z techniką ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 39 pytań. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0{,}05$.

Wyniki i wnioski: Spośród ogółu badanych prawie 2/3 (65,0%) posiadało umiarkowany poziom wiedzy na temat profilaktyki i leczenia odleżyn, 28,0% charakteryzowało się wysokim poziomem wiedzy, a pozostałe 7,0% badanych niskim poziomem wiedzy z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn. Wiedza badanych na

temat profilaktyki odleżyn była większa niż wiedza na temat ich leczenia. Wykształcenie oraz staż pracy pielęgniarek i pielęgniarzy miały istotny wpływ na poziom ich wiedzy dotyczącej profilaktyki odleżyn. Wiedza badanych na temat profilaktyki odleżyn nie była proporcjonalna do poziomu zdobytego wykształcenia. Jej poziom wzrastał wraz ze stażem pracy respondentów. Wiek oraz staż pracy wpływały istotnie na stan wiedzy badanych z zakresu leczenia odleżyn. Poziom wiedzy był istotnie wyższy u osób starszych wiekiem i z dłuższym stażem pracy w zawodzie. Wyższy poziom wiedzy osób badanych na temat profilaktyki odleżyn korelował z wyższym poziomem wiedzy na temat leczenia odleżyn. Badani mieli świadomość braków swojej wiedzy na temat profilaktyki i leczenia odleżyn i dostrzegali potrzebę jej uzupełniania (88,0%).

Słowa kluczowe: wiedza, odleżyny, profilaktyka, leczenie ran przewlekłych, personel pielęgniarski.

Abstract

Introduction: Pressure ulcers are one of the most common types of chronic wounds, and their treatment is a complex and prolonged process requiring a holistic approach and teamwork, in which nurses play a significant role. Although pressure ulcers cannot be completely eliminated due to their multifactorial etiology, knowledge of current guidelines for their prevention and treatment can reduce their incidence and improve treatment outcomes. Proper prevention and treatment of pressure ulcers contribute to improving patients' quality of life, reducing pain, preventing complications, and lowering healthcare costs. The foundation of optimal nursing care in preventing and treating pressure ulcers is performing nursing and therapeutic tasks based on current knowledge, reliable scientific research, and up-to-date guidelines and recommendations.

Purpose of the study: The study aimed to determine the level of knowledge among nurses regarding the prevention and treatment of pressure ulcers.

Material and method: The study involved 100 nurses, including 50 employed in geriatric wards and 50 working in nursing care facilities in the Podkarpackie region. The research was conducted between March and May 2023 as part of a diploma thesis. A diagnostic survey method with a questionnaire technique was applied. The study utilized a proprietary questionnaire consisting of 39 questions. A statistical significance level of $p \leq 0.05$ was adopted.

Results and conclusions: Among all respondents, nearly two-thirds (65.0%) demonstrated a moderate level of knowledge about the prevention and treatment of pressure ulcers, 28.0% had a high level of knowledge, and the remaining 7.0% exhibited a low level of knowledge in this area. The participants' knowledge about pressure ulcer prevention was higher than their knowledge about treatment. Education level and work experience influenced the respondents' knowledge of pressure ulcer prevention. However, the knowledge level was not directly proportional to the level of education; rather, it increased with years of work experience. Age and work experience significantly influenced the participants' knowledge of pressure ulcer treatment. Older and more experienced respondents demonstrated

a significantly higher level of knowledge. A higher level of knowledge about pressure ulcer prevention was associated with better knowledge of treatment. The respondents were aware of their knowledge gaps regarding pressure ulcer prevention and treatment and recognized the need for further education (88.0%).

Keywords: knowledge, pressure ulcers, prevention, treatment of chronic wounds, nursing staff.

Wstęp

Według zespołu ekspertów przy Polskim Towarzystwie Leczenia Ran (PTLR) odleżyna jest to ograniczone uszkodzenie skóry i głębszych tkanek, które prowadzi do owrzodzenia. Powstałe uszkodzenie jest wynikiem nieprawidłowego ukrwienia, do którego dochodzi na skutek działania długotrwałego i powtarzającego się ucisku, tarcia oraz działania sił ścinających [1]. Odleżyny najczęściej rozwijają się w pierwszych dwóch tygodniach od unieruchomienia. Stanowią one źródło bólu, pogarszają jakość życia, stwarzają ryzyko powikłań oraz zwiększają koszty opieki. Są jednym z najczęstszych rodzajów ran przewlekłych, a ich leczenie jest procesem złożonym i długotrwałym [1–4].

Odleżyn nie można całkowicie wyeliminować ze względu na ich wieloczynnikową etiologię. Można natomiast zmniejszyć częstość ich występowania poprzez monitorowanie czynników ryzyka i stosowanie działań profilaktycznych. Profilaktyka i leczenie odleżyn wymagają holistycznego podejścia i pracy zespołowej, w której znaczącą rolę odgrywa personel pielęgniarski. Do podejmowania działań zapobiegających odleżynom oraz do ich leczenia niezbędne są aktualna wiedza z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn, jak również znajomość wytycznych, rekomendacji i rzetelnych, aktualnych badań naukowych [1, 5–6].

Odleżyny najczęściej powstają u osób unieruchomionych lub ze znacznym ograniczeniem poruszania się, przewlekle chorych, w starszym wieku oraz z zaburzeniami neurologicznymi [1, 6–7].

Autorki niniejszego opracowania podjęły próbę określenia poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach geriatrycznych i w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn oraz ustalenia, jakie czynniki warunkują poziom tej wiedzy.

Cel badań

Celem badań było określenie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat profilaktyki i leczenia odleżyn.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w ramach pracy dyplomowej w okresie od marca do maja 2023 roku wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na dwóch oddziałach geriatrycznych szpitali powiatowych oraz w dwóch zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych na terenie województwa podkarpackiego. Badaniami objęto 100 osób

należących do personelu pielęgniarskiego. Kryteriami włączenia do badań były: aktualne zatrudnienie na oddziale geriatrycznym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, w których prowadzono badania, oraz wyrażenie pisemnej, dobrowolnej zgody na udział w badaniu.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz techniką ankiety z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety opracowanego na podstawie aktualnego piśmiennictwa z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn, szczególnie zaleceń PTLR [1, 8–9]. Kwestionariusz ankiety składał się z 39 pytań, w tym 38 pytań jednokrotnego wyboru. Podzielono go na trzy części:

– metryczkę,
– pytania dotyczące wiedzy z zakresu profilaktyki odleżyn,
– pytania dotyczące wiedzy z zakresu leczenia odleżyn.

Przed rozpoczęciem badań uzyskano pozytywną opinię projektu badawczego wydaną przez Zespół ds. Etyki Badań Naukowych przy Instytucie Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu (opinia 65/2023 r. z 21 lutego 2023 roku). Uzyskano też zgodę dyrekcji placówek, w których prowadzono badania. Wszystkie osoby uczestniczące w badaniach zostały poinformowane o celu badań, zachowaniu zasad anonimowości, sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety oraz wyraziły pisemną, dobrowolną zgodę na udział w badaniach.

Badania właściwe zostały poprzedzone badaniami pilotażowymi na jednym z oddziałów geriatrycznych, w którym prowadzono później badania właściwe. Grupę pilotażową stanowiło pięciu sędziów kompetentnych, którymi byli: dwaj lekarze z tytułem specjalisty chorób wewnętrznych i geriatrii oraz trzy pielęgniarki, w tym pielęgniarka oddziałowa z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej i dwie pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. Sędziów kompetentnych poproszono o zapoznanie się z kwestionariuszem ankiety i ocenę poprawności merytorycznej i zrozumiałości pytań oraz przejrzystości kwestionariusza. Po przeanalizowaniu narzędzia badawczego sędziowie kompetentni zwrócili uwagę na pytanie nr 33 jednokrotnego wyboru. Wskazali, że można było uznać za właściwe dwie odpowiedzi dotyczące cechy idealnego opatrunku: „nieprzyleganie do rany" i „utrzymywanie wilgoci w ranie". Po przeanalizowaniu uwag sędziów kompetentnych dokonano poprawy pytania, w którym poproszono osoby badane o wskazanie jednej z najważniejszych cech idealnego opatrunku. Drugim pytaniem, do którego sędziowie kompetentni zgłosili uwagi, było pytanie nr 35, dotyczące wskazania czasu, w jakim można utrzymywać na ranie opatrunek z jonami srebra. Do wyboru badani mieli następujące odpowiedzi: „48 godzin", „96 godzin", „7 dni", „nie wiem". Po uwagach sędziów kompetentnych i analizie literatury przedmiotu dokonano korekty, zmieniając odpowiedź „48 godzin" na „do 48 godzin", odpowiedź „96 godzin" na „do 96 godzin" oraz odpowiedź „7 dni" na „do 7 dni". Po zakończeniu badań pilotażowych przystąpiono do badań właściwych.

Wiedzę badanego personelu pielęgniarskiego na temat profilaktyki i leczenia odleżyn określono na podstawie odpowiedzi na 30 zamkniętych pytań jednokrotnego wyboru (pytania 10–39) zawartych w kwestionariuszu ankiety i podzielono na trzy poziomy:

– niski poziom wiedzy (od 0 do 15 prawidłowych odpowiedzi),
– umiarkowany poziom wiedzy (od 16 do 23 prawidłowych odpowiedzi),
– wysoki poziom wiedzy (od 24 do 30 prawidłowych odpowiedzi).

Analizowano również oddzielnie poziom wiedzy z zakresu profilaktyki odleżyn i poziom wiedzy z zakresu leczenia odleżyn.

Poziom wiedzy dotyczącej profilaktyki odleżyn oceniono za pomocą 12 pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety i podzielono na trzy poziomy:

– niski poziom wiedzy (od 0 do 6 prawidłowych odpowiedzi),
– umiarkowany poziom wiedzy (od 7 do 9 prawidłowych odpowiedzi),
– wysoki poziom wiedzy (od 10 do 12 prawidłowych odpowiedzi).

Poziom wiedzy badanych dotyczącej leczenia odleżyn oceniono za pomocą 18 pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety i także podzielono na trzy poziomy:

– niski poziom wiedzy (od 0 do 9 prawidłowych odpowiedzi),
– umiarkowany poziom wiedzy (od 10 do 14 prawidłowych odpowiedzi),
– wysoki poziom wiedzy (od 15 do 18 prawidłowych odpowiedzi).

Zebrany materiał badawczy poddano analizie statystycznej za pomocą programu SPSS 26.0 wraz z modułem Exact Tests – testy dokładne. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0{,}05$. Dane jakościowe przedstawiono w formie liczebności i odsetka, natomiast dane ilościowe w formie minimum, maksimum, średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego.

Wyniki

Badaniami objęto łącznie 100 osób należących do personelu pielęgniarskiego (w tym 99 kobiet oraz 1 mężczyznę) pracującego na dwóch oddziałach geriatrycznych szpitali powiatowych oraz w dwóch zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych na terenie województwa podkarpackiego. W badaniach wzięło udział 50 osób (50,0% ogółu badanych) zatrudnionych na oddziałach geriatrii i 50 (50,0%) zatrudnionych w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Ponad 1/3 ogółu badanych (34,0%) stanowili respondenci w wieku od 41 do 50 lat. Drugą pod względem liczebności grupę tworzyły osoby w wieku od 20 do 30 lat (28,0% ogółu badanych), a trzecią – badani w wieku powyżej 50 lat (20,0% ogółu badanych). Najmniej liczną grupą (18,0%) byli ankietowani w przedziale wiekowym od 31 do 40 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 48 lat.

Wśród ankietowanych dominowały osoby z wykształceniem wyższym licencjackim (uzyskany tytuł licencjata pielęgniarstwa), które stanowiły 46,0% ogółu badanych. Wykształcenie średnie medyczne (uzyskany tytuł pielęgniarki/pielęgniarza) miało 30,0% badanych, natomiast osoby z wykształceniem wyższym magisterskim (uzyskany tytuł magistra pielęgniarstwa) stanowiły niespełna 1/4 (24,0%) respondentów.

Prawie 1/3 badanych (32,0%) pracowała w zawodzie od 11 do 20 lat. Drugą, nieco mniejszą grupę (28,0%), stanowiły osoby ze stażem pracy do 5 lat. Od 21 do 30 lat pracowało w zawodzie 20,0% ogółu badanych, a 15,0% badanych posiadało staż pracy od 6 do 10 lat. Najmniej liczną grupą byli respondenci, którzy pracowali w zawodzie powyżej 30 lat – stanowili 5,0% ogółu ankietowanych.

Prawie 2/3 badanych (62,0%) ukończyło różne formy kształcenia podyplomowego podnoszące wiedzę i umiejętności z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn. Pozostali (38,0%) nie ukończyli żadnych form kształcenia podyplomowego podnoszących wiedzę i umiejętności z tego zakresu.

Dane socjodemograficzne i zawodowe respondentów przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne i zawodowe badanych (*N* = 100)

Zmienna		%
Płeć	Kobieta	99,0
	Mężczyzna	1,0
Wiek	20–30 lat	28,0
	31–40 lat	18,0
	41–50 lat	34,0
	Powyżej 50 lat	20,0
Wykształcenie	Pielęgniarka/pielęgniarz	30,0
	Licencjat pielęgniarstwa	46,0
	Magister pielęgniarstwa	24,0
Staż pracy	Do 5 lat	28,0
	6–10 lat	15,0
	11–20 lat	32,0
	21–30 lat	20,0
	Powyżej 30 lat	5,0
Ukończenie przez badanych kursów i/lub szkoleń podnoszących wiedzę i umiejętności z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn	Tak	62,0
	Nie	38,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Spośród ogółu badanych prawie 2/3 personelu pielęgniarskiego (65,0%) posiadało umiarkowany poziom wiedzy na temat profilaktyki i leczenia odleżyn, 28,0% – wysoki, a pozostałe 7,0% – niski (tabela 2).

Tabela 2. Poziom wiedzy badanych na temat profilaktyki i leczenia odleżyn (*N* = 100)

Poziom wiedzy	Liczba punktów	%
Niski	0–15	7,0
Umiarkowany	16–23	65,0
Wysoki	24–30	28,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Odpowiadając na pytanie wielokrotnego wyboru dotyczące źródeł, z jakich osoby badane czerpią wiedzę na temat profilaktyki i leczenia odleżyn, najwięcej respondentów (76,0%) wskazało Internet. Drugą najczęściej wskazywaną odpowiedzią była fachowa literatura (52,0%), kolejną – szkolenia organizowane w miejscu pracy (50,0%), następną – kursy specjalistyczne (31,0%). Jedna osoba wskazała, że korzystała z innych źródeł wiedzy, wymieniając szkolenia prowadzone przez firmy farmaceutyczne (tabela 3).

Tabela 3. Źródła wiedzy badanych z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn (*N* = 100)

Źródła wiedzy	%
Szkolenia organizowane w miejscu zatrudnienia	50,0
Kursy specjalistyczne	31,0
Fachowa literatura	52,0
Internet	76,0
Inne	1,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W pytaniu dotyczącym samooceny poziomu wiedzy na temat profilaktyki i leczenia odleżyn prawie 3/4 badanych (74,0%) oceniło poziom swojej wiedzy jako średni, 14,0% – jako niski, a 12,0% – jako wysoki (tabela 4).

Tabela 4. Samoocena poziomu wiedzy badanych na temat profilaktyki i leczenia odleżyn (*N* = 100)

Poziom wiedzy	%
Niski	14,0
Średni	74,0
Wysoki	12,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Samoocena wiedzy badanych na temat profilaktyki i leczenia odleżyn była zbliżona do poziomu wiedzy rzeczywistej. Ankietowani ocenili swoją wiedzę nawet bardziej krytycznie, niż wynikało to z przeprowadzonych badań.

Uczestnicy badania zdawali sobie sprawę z własnych braków wiedzy z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn. W zdecydowanej większości (88,0%) deklarowali, że w przyszłości planują ją poszerzyć.

Poziom wiedzy na temat profilaktyki odleżyn ponad połowy respondentów (51,0%) był wysoki, 41,0% badanych – umiarkowany, a 8,0% – niski (tabela 5).

Tabela 5. Poziom wiedzy badanych na temat profilaktyki odleżyn (*N* = 100)

Poziom wiedzy	Liczba punktów	%
Niski	0–6	8,0
Umiarkowany	7–9	41,0
Wysoki	10–12	51,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W jednym z pierwszych pytań weryfikujących wiedzę poproszono badanych o wskazanie prawidłowej definicji odleżyny. Zdecydowana większość ankietowanych (83,0%) wskazała prawidłowo, że odleżyna jest ograniczoną martwicą tkanki powstałą w wyniku zaburzeń ukrwienia, która może objąć skórę, tkankę podskórną, mięśnie i kości.

Prawie wszystkie badane osoby (98,0%) uznały tarcie, miejscowy ucisk i boczne siły ścinające za czynniki mające wpływ na powstawanie odleżyn. Ponadto 79,0% badanych wskazało, że odleżyny powstają najczęściej w pierwszych dwóch tygodniach unieruchomienia.

Zdecydowana większość badanych (87,0%) odpowiedziała, że w pozycji leżącej na wznak najbardziej narażona na powstanie odleżyn jest okolica pośladków.

Jedna trzecia badanych (33,0%) prawidłowo wskazała, że zgodnie z zaleceniami PTLR w celu zapobiegania powstawaniu odleżyn pozycję ciała należy zmieniać regularnie, w indywidualnie ustalonych odstępach czasu.

Prawidłowej odpowiedzi na pytanie o to, jak często należy oceniać skórę pod kątem zagrożenia odleżynami („regularnie, nie rzadziej niż 2 razy dziennie"), udzieliło 23,0% badanych.

Zdecydowana większość badanych (97,0%) prawidłowo uznała za czynniki zapobiegające powstawaniu odleżyn: częstą zmianę pozycji ułożeniowej ciała, utrzymanie skóry w czystości oraz odpowiednio zbilansowaną dietę.

Niemal wszyscy ankietowani (98,0%) prawidłowo wskazali skale Norton, Braden, Waterlow, Douglas jako skale oceny ryzyka wystąpienia odleżyn.

Większość badanych (86,0%) w odpowiedzi na pytanie dotyczące sposobu wykonywania codziennej toalety skóry w profilaktyce odleżyn poprawnie wskazała, że należy to robić z użyciem ciepłej wody o temperaturze poniżej 37°C, mydła o pH około 5,5, delikatnie osuszać skórę, zwłaszcza w okolicach zalegania wilgoci, oraz stosować na zdrową i nieuszkodzoną skórę środki nawilżające i ochronne.

Prawidłowej odpowiedzi na pytanie o opatrunki zalecane w profilaktyce odleżyn u osób unieruchomionych udzieliło 76,0% badanych, wskazując na opatrunki półprzepuszczalne, tj. błony poliuretanowe, hydrokoloidy, opatrunki piankowe w miejscach największego ucisku.

Przeciwwskazania do rehabilitacji chorych zagrożonych odleżynami znało 95,0% ankietowanych. Wskazywali oni na ostry stan zapalny stawu lub tkanek okołostawowych, ciężki stan ogólny pacjenta, krwotoki, ostrą zakrzepicę żylną, ostre niedokrwienie kończyny, znaczne odwapnienie i łamliwość kości.

Z analizy statystycznej materiału badawczego wynika, że takie zmienne, jak: wiek (p = 0,303), miejsce pracy na oddziale geriatrycznym czy w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (p = 0,355), ukończone formy kształcenia podyplomowego z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn (p = 0,339), nie różnicowały istotnie wiedzy badanych na temat profilaktyki odleżyn.

Zaobserwowano, że wraz ze stażem pracy wzrastał poziom wiedzy badanych o profilaktyce odleżyn (p = 0,006). Wykształcenie również różnicowało poziom wiedzy respondentów na ten temat (p = 0,043), jednak zależność ta cechowała się słabą siłą związku. Wiedza personelu pielęgniarskiego nie była proporcjonalna do poziomu zdobytego wykształcenia. Powyższe dane przedstawiono w tabelach 6 i 7.

Tabela 6. Staż pracy badanych a poziom wiedzy na temat profilaktyki odleżyn (*N* = 100)

Poziom wiedzy (maks. 12 pkt)			Staż pracy w zawodzie					Ogółem
			Do 5 lat	6–10 lat	11–20 lat	21–30 lat	Powyżej 30 lat	
Niski (0–6 pkt)		*N*	2	0	6	0	0	8
		%	7,1	0,0	18,8	0,0	0,0	8,0
Umiarkowany (7–9 pkt)		*N*	17	7	12	3	2	41
		%	60,7	46,7	37,5	15,0	40,0	41,0
Wysoki (10–12 pkt)		*N*	9	8	14	17	3	51
		%	32,1	53,3	43,8	85,0	60,0	51,0
Ogółem		*N*	28	15	32	20	5	100
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone *T*	*p*	*p* Monte Carlo			
tau-c Kendalla	0,234	0,077	3,024	0,002	0,006			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tabela 7. Wykształcenie badanych a poziom wiedzy na temat profilaktyki odleżyn (*N* = 100)

Poziom wiedzy (maks. 12 pkt)			Wykształcenie			Ogółem
			Średnie medyczne	Wyższe licencjackie	Wyższe magisterskie	
Niski (0–6 pkt)		*N*	1	4	3	8
		%	3,3	8,7	12,5	8,0
Umiarkowany (7–9 pkt)		*N*	9	21	11	41
		%	30,0	45,7	45,8	41,0
Wysoki (10–12 pkt)		*N*	20	21	10	51
		%	66,7	45,7	41,7	51,0
Ogółem		*N*	30	46	24	100
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone *T*	*p*	*p* Monte Carlo	
tau-b Kendalla	–0,187	0,089	–2,101	0,036	0,043	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Z analizy poziomu wiedzy badanych na temat leczenia odleżyn wynika, że 50,0% ogółu ankietowanych posiadało umiarkowany poziom wiedzy z tego zakresu, 28,0% charakteryzowało się niskim poziomem wiedzy, a 22,0% – wysokim (tabela 8).

Tabela 8. Poziom wiedzy badanych na temat leczenia odleżyn (*N* = 100)

Poziom wiedzy	Liczba punktów	%
Niski	0–9	28,0
Umiarkowany	10–14	50,0
Wysoki	15–18	22,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Zdecydowana większość badanych pielęgniarek i pielęgniarzy (72,0%) jako optymalną klasyfikację służącą do oceny klinicznej odleżyn prawidłowo wskazała Międzynarodowy System Klasyfikacji Odleżyn według wytycznych European Pressure Ulcer Advisory Panel / National Pressure Injury Advisory Panel (EPUAP/NPIAP).

Prawidłową odpowiedź na pytanie o kolejność faz gojenia rany odleżynowej (fazy: wysiękowa, wytwórcza, naprawcza, przebudowy) znało 62,0% pielęgniarek.

Zdecydowana większość badanego personelu pielęgniarskiego (85,0%) prawidłowo zdefiniowała biofilm jako złożoną grupę bakterii i grzybów, które powodują infekcję rany, odporną na antybiotyki oraz antyseptyki, przylegającą do podłoża i otoczoną warstwą ochronnego śluzu.

Ponad 2/3 respondentów (68,0%) wykazało się znajomością pierwszego etapu optymalnej higieny rany, zaznaczając w kwestionariuszu ankiety odpowiedź: „mycie łożyska rany i otaczającej skóry w odległości ok. 10–20 cm od brzegu rany, a w przypadku kończyn do najbliższego stawu".

Preparaty przeznaczone do oczyszczenia niezakażonej rany odleżynowej i otaczającej skóry znało 59,0% personelu pielęgniarskiego. Wskazali oni na jałową Aquę, 0,9% NaCl lub inny płyn izotoniczny, np. roztwór Ringera.

Na pytanie dotyczące preparatów, które należy zastosować do mycia i higieny odleżyny trudno gojącej się, z ryzykiem zakażenia i zainfekowanej, prawidłowo odpowiedziało 84,0% badanych, wskazując na roztwór irygacyjny z zawartością substancji powierzchniowo czynnej (surfaktantu) i/lub środka przeciwdrobnoustrojowego, np. prontosanu.

Prawie 3/4 badanych (74,0%) prawidłowo zdefiniowało antyseptyki jako produkty lecznicze stosowane do miejscowego leczenia ran.

Również niemal 3/4 badanych (73,0%) trafnie wskazało, że lawaseptyki są to wyroby medyczne stosowane do skutecznego eliminowania zanieczyszczeń fizycznych, chemicznych i biologicznych, a także biofilmu bakteryjnego.

Jako preparaty do oczyszczania i odkażania ran głębokich 60,0% ankietowanych prawidłowo wskazało podchloryny.

Zdecydowana większość respondentów (83,0%) w pytaniu o to, jakiego preparatu ze względu na wysoką cytotoksyczność nie należy stosować do leczenia rany odleżynowej, zaznaczyła poprawną odpowiedź: „Roztworu Rivanolu, preparatów zawierających w swoim składzie chlorheksydynę, wody utlenionej".

Zaledwie 41,0% badanych wiedziało, że nie należy łączyć ze sobą preparatów oktenidyny i jodopowidonu.

Blisko połowa ankietowanych (49,0%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi na pytanie o grupy opatrunków, które należy zastosować w celu usunięcia martwicy rozpływnej z rany odleżynowej, wskazując na superabsorbenty i alginiany.

Jako najważniejszą cechę idealnego opatrunku zdecydowana większość badanych (83,0%) trafnie wskazała utrzymywanie wilgoci w ranie.

Tylko 32,0% badanego personelu pielęgniarskiego wiedziało, jaki opatrunek jest nieodpowiedni do zastosowania w ranie z cechami infekcji. Osoby te zaznaczyły odpowiedź „opatrunek hydrokoloidowy".

Odpowiedni czas – do 7 dni – utrzymywania na ranie opatrunku z jonami srebra znało 47,0% ankietowanych.

Zdecydowana większość badanych (82,0%) wiedziała, że nie zaleca się rutynowo stosowania antybiotyków na ranę odleżynową objętą zakażeniem.

Znajomością przeciwwskazań do terapii metodą biochirurgiczną (*maggot debridement therapy* – MDT) – z wykorzystaniem określonych gatunków larw – wykazało się aż 78,0% badanych. Wskazali oni ranę z cechami ziarninowania.

Zdecydowana większość badanych (86,0%) znała patogen najczęściej wywołujący zakażenie rany odleżynowej (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli*, paciorkowce hemolizujące z grupy A).

Na pytanie o zapotrzebowanie białkowe i kaloryczne pacjenta z odleżynami poprawnie odpowiedziała niespełna 1/3 badanych (31,0%), wskazując odpowiedź: „białko do 1,5 g/kg m.c./dobę, kalorie 25–30 kcal/kg m.c./dobę".

Zmienne takie jak wykształcenie (p = 0,661), praca na oddziale geriatrycznym czy w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (p = 0,350) oraz ukończone formy kształcenia podyplomowego z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn (p = 0,383) nie różnicowały istotnie wiedzy badanych na temat leczenia odleżyn.

Zaobserwowano, że wraz z wiekiem (p = 0,043) oraz stażem pracy (p = 0,043) badanych wzrastał poziom ich wiedzy na temat leczenia odleżyn. Był on istotnie wyższy u osób starszych wiekiem i z dłuższym stażem pracy w zawodzie.

Wyższy poziom wiedzy ankietowanych na temat profilaktyki odleżyn powiązany był z wyższym poziomem wiedzy na temat leczenia odleżyn. Współczynnik korelacji był istotny statystycznie oraz charakteryzował się dość wyraźną siłą związku (p = 0,002). Powyższe dane przedstawiono w tabelach 9–11.

Tabela 9. Wiek badanych a poziom ich wiedzy na temat leczenia odleżyn (*N* = 100)

Poziom wiedzy (maks. 18 pkt)			Wiek badanych				Ogółem
			20–30 lat	31–40 lat	41–50 lat	Powyżej 50 lat	
Niski (0–9 pkt)		*N*	10	5	10	3	28
		%	35,7	27,8	29,4	15,0	28,0
Umiarkowany (10–14 pkt)		*N*	16	6	18	10	50
		%	57,1	33,3	52,9	50,0	50,0
Wysoki (15–18 pkt)		*N*	2	7	6	7	22
		%	7,1	38,9	17,6	35,0	22,0
Ogółem		*N*	28	18	34	20	100
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone *T*	*p*	*p* Monte Carlo		
tau-c Kendalla	0,165	0,082	2,022	0,043	0,062		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tabela 10. Staż pracy w zawodzie a poziom wiedzy badanych na temat leczenia odleżyn (*N* = 100)

Poziom wiedzy (maks. 18 pkt)		Staż pracy					Ogółem
		Do 5 lat	6–10 lat	11–20 lat	21–30 lat	Powyżej 30 lat	
Niski (0–9 pkt)	*N*	8	6	9	4	1	28
	%	28,6	40,0	28,1	20,0	20,0	28,0
Umiarkowany (10–14 pkt)	*N*	17	7	16	7	3	50
	%	60,7	46,7	50,0	35,0	60,0	50,0

Wysoki (15–18 pkt)		*N*	3	2	7	9	1	22
		%	10,7	13,3	21,9	45,0	20,0	22,0
Ogółem		*N*	28	15	32	20	5	100
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone *T*	*p*	*p* Monte Carlo			
tau-c Kendalla	0,172	0,085	2,028	0,043	0,055			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tabela 11. Poziom wiedzy badanych na temat leczenia odleżyn w porównaniu z wiedzą na temat profilaktyki odleżyn (*N* = 100)

Poziom wiedzy na temat leczenia odleżyn (maks. 18 pkt)			Poziom wiedzy na temat profilaktyki odleżyn (maks. 12 pkt)			Ogółem
			Niski (0–6 pkt)	Umiarkowany (7–9 pkt)	Wysoki (10–12 pkt)	
Niski (0–9 pkt)		*N*	1	17	10	28
		%	12,5	41,5	19,6	28,0
Umiarkowany (10–14 pkt)		*N*	6	22	22	50
		%	75,0	53,7	43,1	50,0
Wysoki (15–18 pkt)		*N*	1	2	19	22
		%	12,5	4,9	37,3	22,0
Ogółem		*N*	8	41	51	100
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone *T*	*p*	*p* Monte Carlo	
tau-b Kendalla	0,266	0,084	3,168	0,002	0,004	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dyskusja

Pielęgniarki i pielęgniarze, wykonując samodzielny zawód i mając coraz wyższe kompetencje, realizują wiele zadań mających na celu profilaktykę odleżyn, a także ich leczenie. Wysoki poziom wiedzy na temat profilaktyki i leczenia odleżyn pozwala personelowi pielęgniarskiemu na podejmowanie właściwych działań zapobiegających odleżynom, a także wpływa istotnie na proces leczenia odleżyn, zmniejszenie bólu, ryzyka powikłań oraz kosztów leczenia [1, 6, 8–9].

Jak wynika z badań własnych, prawie 2/3 personelu pielęgniarskiego (65,0%) posiadało umiarkowany poziom wiedzy na temat profilaktyki i leczenia odleżyn, 28,0% badanych – wysoki, a 7,0% – niski.

Wiedza badanych na temat profilaktyki odleżyn była większa niż wiedza o ich leczeniu. Wykazano, że wraz ze stażem pracy wzrastał poziom wiedzy ankietowanych na temat profilaktyki odleżyn. Również wykształcenie różnicowało poziom

wiedzy badanych o profilaktyce odleżyn, jednak wiedza ta nie była proporcjonalna do poziomu zdobytego wykształcenia.

Wraz z wiekiem oraz stażem pracy badanych wzrastał poziom ich wiedzy na temat leczenia odleżyn. Był on istotnie wyższy u osób starszych i z dłuższym stażem pracy w zawodzie.

Wyższy poziom wiedzy osób badanych na temat profilaktyki odleżyn powiązany był z wyższym poziomem wiedzy o leczeniu odleżyn.

Samoocena wiedzy badanych na temat profilaktyki i leczenia odleżyn była zbliżona do rzeczywistego poziomu wiedzy. Ankietowani byli nawet bardziej krytyczni wobec własnej wiedzy, niż wynikało to z przeprowadzonych badań. Osoby badane zdawały sobie sprawę z własnych braków wiedzy, deklarując jednocześnie w zdecydowanej większości (88,0%) chęć jej uzupełnienia.

Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat odleżyn jest przedmiotem zainteresowania wielu autorów. Rogowska i Siemianowska przeprowadziły badania dotyczące oceny wiedzy pielęgniarek opieki długoterminowej w zakresie profilaktyki i pielęgnowania odleżyn. W tym badaniu wiedza prawie połowy personelu pielęgniarskiego (46,0%) na temat profilaktyki odleżyn utrzymywała się na poziomie średnim, 36,0% badanych posiadało wysoki poziom wiedzy, a 18,0% – niski [10]. W badaniach własnych wiedza pielęgniarek i pielęgniarzy z zakresu profilaktyki odleżyn była większa – ponad połowa respondentów (51,0%) posiadała wysoki poziom wiedzy na ten temat, 41,0% badanych wykazywało poziom umiarkowany, a 8,0% – niski. Rogowska i Siemianowska w swych badaniach stwierdziły u większości badanych (52,0%) średni poziom wiedzy na temat infekcji w ranie, wysoki poziom wiedzy (60,0%) na temat opatrunków nowej generacji. Analiza wyników badań wykazała zależność między uczestnictwem badanych w kursach dotyczących profilaktyki i pielęgnacji odleżyn a stosowanymi przez nich metodami profilaktyki [10]. W badaniach własnych 50,0% pielęgniarek posiadało umiarkowany poziom wiedzy na temat leczenia odleżyn, 28,0% – niski, a 22,0% – wysoki. Ukończone formy kształcenia podyplomowego z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn nie różnicowały istotnie wiedzy badanych zarówno w zakresie profilaktyki, jak i leczenia odleżyn.

Głowacz i Szwamel przeprowadziły badania sprawdzające wiedzę personelu pielęgniarskiego na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia oraz czynników determinujących poziom tej wiedzy. Autorki dowiodły, że ponad połowa badanego personelu pielęgniarskiego (53,79%) posiadała niewystarczający poziom wiedzy na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia, wiedzę dostateczną miało 40,69% badanych, a po 2,76% badanych wykazywało dobry i bardzo dobry poziom wiedzy. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza oraz ukończenie kursu specjalistycznego z zakresu leczenia ran miały istotny wpływ na poziom wiedzy w badanej grupie [9]. Również w przedstawionych w tym opracowaniu badaniach własnych staż pracy korespondował z poziomem wiedzy badanych na temat profilaktyki i leczenia odleżyn; personel z dłuższym stażem pracy charakteryzował się wyższym poziomem wiedzy. Z kolei ukończone przez pielęgniarki i pielęgniarzy

formy kształcenia podyplomowego z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn w badaniach własnych nie miały istotnego wpływu na wzrost poziomu wiedzy badanych na ten temat.

Rogowska i Rychlewska w prowadzonych badaniach analizowały wpływ kształcenia podyplomowego pielęgniarek opieki długoterminowej na rozwój kompetencji zawodowych w zakresie profilaktyki i pielęgnowania odleżyn. W badaniu tym prawie połowa personelu pielęgniarskiego (48,0%) oceniła poziom własnej wiedzy i kompetencji zawodowych jako dostateczny, 42,0% badanych oceniło go jako dobry, 8,0% – jako bardzo dobry, a 2,0% – jako niedostateczny. Autorki dowiodły, że wśród pielęgniarek/pielęgniarzy przeważał średni poziom wiedzy na temat profilaktyki przeciwodleżynowej (46,0% respondentów). Ponadto 36,0% badanych określiło poziom swojej wiedzy jako bardzo dobry, a 18,0% – jako niski. W omawianych badaniach nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem i stażem pracy pielęgniarek a ich wiedzą w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn. Badania wykazały istotną zależność pomiędzy uczestnictwem ankietowanych w kursach dotyczących profilaktyki i pielęgnacji odleżyn a rodzajem metod profilaktyki przeciwodleżynowej stosowanych w codziennej praktyce zawodowej [11]. W badaniach własnych prawie 3/4 badanych (74,0%) oceniło poziom swojej wiedzy na temat profilaktyki i leczenia odleżyn jako średni, 14,0% – jako niski, a 12,0% – jako wysoki. Z kolei ponad połowa ankietowanych (51,0%) w badaniach własnych posiadała wysoki rzeczywisty poziom wiedzy na temat profilaktyki odleżyn, 41,0% badanych charakteryzowało się umiarkowanym poziomem wiedzy w tym zakresie, a 8,0% – niskim. Staż pracy w badaniach własnych różnicował istotnie statystycznie poziom wiedzy badanych zarówno na temat profilaktyki, jak i leczenia odleżyn, natomiast poziom wykształcenia miał znaczący wpływ na poziom wiedzy o profilaktyce odleżyn. Ukończone formy kształcenia podyplomowego z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn w badaniach własnych nie różnicowały istotnie wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat profilaktyki i leczenia odleżyn.

Michalska i Kobos przeprowadziły badania obejmujące analizę wiedzy pielęgniarek/pielęgniarzy opieki długoterminowej oraz pracujących w domach pomocy społecznej w zakresie stosowania opatrunków specjalistycznych w leczeniu odleżyn. W badaniu tym wzięło udział 100 pielęgniarek/pielęgniarzy z minimum rocznym stażem pracy w opiece długoterminowej. Z przeprowadzonych badań wynika, że 50,0% badanych posiadało dostateczny poziom wiedzy na temat stosowania opatrunków w leczeniu odleżyn, 30,0% ankietowanych cechowało się niedostatecznym poziomem wiedzy, a 20,0% – dobrym. Nie odnotowano istotnej korelacji pomiędzy wykształceniem respondentów oraz ukończeniem kursu specjalistycznego w zakresie leczenia ran a poziomem ich wiedzy na temat stosowania specjalistycznych opatrunków w leczeniu odleżyn. Z kolei staż oraz miejsce pracy wpływały istotnie na poziom wiedzy uczestników badania o opatrunkach specjalistycznych stosowanych w leczeniu odleżyn. Wraz ze stażem pracy badanych w aktualnym miejscu zatrudnienia wzrastał poziom ich wiedzy w zakresie stosowania specjalistycznych opatrunków w leczeniu odleżyn. Pielęgniarki i pielęgniarze pracujący w zakładach

opiekuńczo-leczniczych cechowali się wyższym poziomem wiedzy w porównaniu z personelem zatrudnionym w innych formach opieki długoterminowej [7]. Wyniki badań własnych częściowo korelują z wynikami badań Michalskiej i Kobos. W badaniach własnych, podobnie jak w badaniach wspomnianych autorek, nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy wykształceniem pielęgniarek i pielęgniarzy, ukończeniem różnych form kształcenia podyplomowego z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn a poziomem wiedzy badanych na temat leczenia odleżyn. Wykazano natomiast wpływ stażu pracy na poziom wiedzy respondentów z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn: wiedza ta rosła wraz ze wzrostem długości stażu pracy. Badania własne jednak – w przeciwieństwie do badań wspomnianych autorek – nie wykazały zależności istotnej statystycznie pomiędzy miejscem pracy a wiedzą badanych z zakresu leczenia odleżyn.

Walewska i wsp. w swoich badaniach ocenili wiedzę pielęgniarek i pielęgniarzy z krakowskich szpitali na temat gojenia i leczenia ran. Badacze wykazali, że ponad 2/3 badanych (67,8%) posiadało umiarkowany poziom wiedzy dotyczącej gojenia i leczenia ran, 28,8% charakteryzowało się wysokim poziomem wiedzy z tego zakresu, a jedynie 3,4% – niskim. Walewska i wsp. uznali, że wiedza ankietowanych o tych zagadnieniach jest na wystarczającym poziomie. Pielęgniarki i pielęgniarze w zdecydowanej większości pogłębiali swoją wiedzę na temat gojenia i leczenia ran. Ukończenie różnych form kształcenia podyplomowego nie wskazywało jednoznacznie na wyższy poziom wiedzy dotyczącej leczenia ran przewlekłych [3]. W badaniach własnych zdecydowana większość personelu pielęgniarskiego (72,0%) posiadała wysoki (22,0%) lub umiarkowany (50,0%) poziom wiedzy na temat leczenia odleżyn, natomiast 28,0% wykazało niski poziom wiedzy w tym obszarze. Pielęgniarki i pielęgniarze w zdecydowanej większości (62,0%) ukończyli kursy i/lub szkolenia podnoszące wiedzę i umiejętności z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn. Osoby badane zdawały sobie sprawę z własnych braków wiedzy na temat profilaktyki oraz leczenia odleżyn i w zdecydowanej większości (88,0%) deklarowały chęć jej pogłębienia. W badaniach własnych, podobnie jak w badaniach Walewskiej i wsp., nie wykazano zależności istotnej statystycznie pomiędzy ukończeniem różnych form kształcenia podyplomowego z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn a poziomem wiedzy badanych na temat leczenia odleżyn.

Bazaliński i wsp. analizowali wiedzę pielęgniarek uczestniczących w organizowanych przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na terenie województw podkarpackiego, małopolskiego i mazowieckiego szkoleniach podyplomowych na temat profilaktyki i leczenia odleżyn z uwzględnieniem ich kwalifikacji. Z badań tych wynika, że ogólny poziom wiedzy w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn w grupie badanych pielęgniarek był niezadowalający w odniesieniu do rekomendacji PTLR. Średni wynik wyniósł 5,85 pkt w skali od 0 do 10 pkt. Ukończenie kursu specjalistycznego poświęconego tematyce leczenia ran miało istotny wpływ na poziom wiedzy badanych [6]. Badania własne wykazały, że ukończenie różnych form kształcenia podyplomowego z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn nie wpływało na stan wiedzy personelu pielęgniarskiego na ten temat.

Przedstawione wyniki badań własnych oraz badań innych autorów dowodzą, że wiedza pielęgniarek i pielęgniarzy w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn jest zróżnicowana; w odniesieniu do części zagadnień poziom ich wiedzy jest niezadowalający.

Posiadanie aktualnej wiedzy dotyczącej profilaktyki i leczenia odleżyn oraz znajomość wytycznych i rekomendacji, a także rzetelnych i aktualnych badań naukowych są podstawą podejmowania działań profilaktycznych w opiece nad pacjentami zagrożonymi odleżynami i z odleżynami. Wymaga to od personelu pielęgniarskiego systematycznego uaktualniania swojej wiedzy – poprzez udział w różnych formach kształcenia podyplomowego, konferencjach naukowych, szkoleniach organizowanych w miejscu pracy oraz samokształcenie – i stosowania jej w praktyce. Istotnymi elementami w opiece, mającymi również wpływ na zapobieganie odleżynom i ich leczenie, są zadania osób zarządzających w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu pielęgniarskiego oraz udzielania wsparcia w realizacji opieki [5, 6, 12].

W związku z powyższym za zasadne należy uznać prowadzenie dalszych badań w tym obszarze, obejmujących wiedzę pielęgniarek i pielęgniarzy na temat profilaktyki i leczenia odleżyn oraz poznanie czynników ograniczających stosowanie wiedzy w praktyce.

Wnioski

1. Prawie 2/3 badanego personelu pielęgniarskiego (65,0%) posiadało umiarkowany poziom wiedzy na temat profilaktyki i leczenia odleżyn, 28,0% badanych – wysoki, a pozostałe 7,0% badanych – niski.
2. Zdecydowana większość badanych (74,0%) oceniła poziom swojej wiedzy z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn jako średni, 14,0% – jako niski, a 12,0% – jako wysoki. Badani mieli świadomość braków wiedzy na temat profilaktyki i leczenia odleżyn i dostrzegali potrzebę jej uzupełnienia (88,0%).
3. Ponad połowa respondentów (51,0%) posiadała wysoki poziom wiedzy dotyczącej profilaktyki odleżyn, 41,0% badanych wykazywało umiarkowany poziom wiedzy na ten temat, a 8,0% – niski.
4. Wiek, miejsce pracy, ukończone formy kształcenia podyplomowego z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn nie różnicowały istotnie wiedzy badanych na temat profilaktyki odleżyn. Wpływ na jej poziom miały z kolei wykształcenie oraz staż pracy badanych. Wiedza personelu pielęgniarskiego nie była proporcjonalna do poziomu zdobytego wykształcenia, natomiast wraz ze stażem pracy wzrastał poziom wiedzy badanych na temat profilaktyki odleżyn.
5. Połowa badanych (50,0%) posiadała umiarkowany poziom wiedzy na temat leczenia odleżyn, 28,0% badanych charakteryzowało się niskim poziomem wiedzy z tego zakresu, a 22,0% – wysokim.
6. Zmienne takie jak wykształcenie, miejsce pracy oraz ukończone formy kształcenia podyplomowego z zakresu profilaktyki i leczenia odleżyn nie

różnicowały istotnie wiedzy badanych na temat leczenia odleżyn, natomiast wiek oraz staż pracy wpływały na stan wiedzy personelu pielęgniarskiego w tym obszarze.
7. Wyższy poziom wiedzy osób badanych na temat profilaktyki odleżyn korelował z wyższym poziomem wiedzy na temat leczenia odleżyn.

Bibliografia

1. Szewczyk M., Kózka M., Cierzniakowska K. i wsp.: Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I, Leczenie Ran, 2020; 17(3): 113–146. doi: 10.5114/lr.2020.101506.
2. Kucharzewski M., Szkiler E., Krasowski G. i wsp.: Algorytmy i wytyczne postępowania terapeutycznego w ranach trudno gojących się, Forum Leczenia Ran, 2020; 1(3): 95–116. doi: 10.15374/FLR2020020.
3. Walewska E., Ścisło L., Caputa A., Szczepanik A.M.: Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat gojenia i leczenia ran, Leczenie Ran, 2017; 14(4): 129–134. doi: 10.15374/LR2017028.
4. Szumska A.: Uwarunkowanie prawne leczenia ran przez pielęgniarki w Polsce, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2020; 2: 47–52.
5. Mazurek-Melnyk B., Fineout-Overholt E., Stillwell S.B., Williamson K.M.: Evidence-based practice: Step by step: The seven steps of evidence-based practice, The American Journal of Nursing, 2010; 110(1): 51–53. doi: 10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2.
6. Bazaliński D., Zmora M., Przybek-Mita J., Kózka M.: Przygotowanie pielęgniarki do opieki nad pacjentem z przewlekłą raną odleżynową z uwzględnieniem rodzaju ich kwalifikacji zawodowych, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2017; 11(1): 13–19.
7. Michalska N., Kobos E.M.: Wiedza pielęgniarek opieki długoterminowej oraz pracujących w domach opieki społecznej w zakresie stosowania opatrunków w leczeniu odleżyn, Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2020; 5(1): 69–80.
8. Szewczyk M.T., Cwajda-Białasik J., Mościcka P. i wsp.: Leczenie odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część II, Leczenie Ran, 2020; 17(4): 151–184. doi: 10.5114/lr.2020.103116.
9. Głowacz J., Szwamel K.: Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat ran przewlekłych i metod ich leczenia, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2022; 16(1): 31–40.
10. Rogowska K., Siemianowska T.: Wpływ poziomu wiedzy pielęgniarek opieki długoterminowej na właściwie prowadzoną profilaktykę i pielęgnację odleżyn, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2019; 4(4): 62–75. doi: 10.21784/IwP.2019.022.

11. Rogowska K., Rychlewska M.: Wpływ kształcenia podyplomowego na rozwój kompetencji zawodowych pielęgniarek opieki długoterminowej, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2019; 3(4): 43–58. doi: 10.21784/IwP.2019.015.
12. Kózka M., Gabryś T., Brzyski P. i wsp.: Wybrane czynniki determinujące ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w szpitalach pełniących stały dyżur. Wyniki projektu RN4CAST, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2012; 10(4): 30–40.

5. Wsparcie w chorobie nowotworowej. Rola pielęgniarki – badania ankietowe

Cancer support: The role of a nurse – survey research

Anna Lewandowska[1], Aneta Mrozowicz[1, a], Barbara Laskowska[1], Melania Zalewska[2]

[1] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław
[2] Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie
Collegium Masoviense – College of Health Sciences in Żyrardów

[a] https://orcid.org/0009-0003-0937-3153

Abstrakt

Wstęp: Opieka onkologiczna to wieloaspektowy proces wymagający współpracy pomiędzy pacjentem, rodziną i specjalistami w dziedzinie zdrowia. Pielęgniarki onkologiczne są kluczowymi uczestnikami tego procesu, biorą udział w każdym jego etapie, od diagnozy do rehabilitacji, a nawet opieki paliatywnej. Ponadto dostarczają wsparcia emocjonalnego – pomagają pacjentom i ich rodzinom radzić sobie ze stresem i lękiem, które wiążą się z diagnozą i leczeniem.

Cel badań: Celem głównym badań była ocena pracy pielęgniarek i wsparcia udzielanego przez nie pacjentom onkologicznym.

Materiał i metody: Badanie ankietowe na temat oceny pracy pielęgniarek zostało przeprowadzone w okresie od listopada 2022 roku do marca 2023 roku w grupie 100 pacjentów leczonych onkologicznie. Kwestionariusz ankiety składał się z pytań, które obejmowały dane demograficzne, oraz pytań dotyczących wpływu choroby na życie respondenta i oceny pracy pielęgniarek w okresie choroby.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej, wykorzystując średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, medianę i testy istotności.

Wyniki: Większość pacjentów onkologicznych wysoko ceni pracę i zaangażowanie pielęgniarek zarówno w aspekcie medycznym, jak i emocjonalnym. Wiek, sytuacja życiowa pacjentów, status zawodowy i wykształcenie mogą wpływać na percepcję opieki pielęgniarskiej. Czas trwania leczenia również wydaje się wpływać na ocenę pracy pielęgniarek. Osoby, które dopiero zaczęły leczenie, oceniają pielęgniarki lepiej niż pacjenci, którzy już zakończyli proces leczenia.

Wnioski:

1. Większość respondentów pozytywnie ocenia pracę pielęgniarek oraz ich wsparcie w chorobie. Doceniane są szczególnie zrozumiałe wyjaśnianie zagadnień i troska o pacjenta.

2. Badanie wykazuje, że kobiety, osoby starsze, emeryci/renciści i bezrobotni oraz respondenci z wykształceniem zawodowym lub średnim lepiej oceniają opiekę pielęgniarską.
3. Osoby, które dopiero rozpoczęły proces leczenia, oceniają lepiej zarówno pracę, jak i wsparcie ze strony pielęgniarek.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, wsparcie w chorobie nowotworowej, rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem onkologicznym, psychoonkologia.

Abstract

Introduction: Cancer care is a multifaceted process that requires collaboration between the patient, family, and health professionals. Oncology nurses are key participants in this process, participating in every stage, from diagnosis to rehabilitation, and even palliative care. In addition, cancer nurses are crucial in providing emotional support, helping patients and their families cope with the stress and anxiety associated with diagnosis and treatment.

Aim of the study: The main objective of the study is to assess the work and support provided by the nurse to oncological patients by means of a questionnaire.

Material and methods: The survey on the evaluation of nurses' work was conducted between November 2022 and March 2023, on a group of 100 respondents.

The questionnaire consisted of questions that included demographic information and questions about the impact of the disease on the respondent's life and the assessment of nurses' work during the period of illness.

The results of the study were statistically analysed using arithmetic mean, standard deviation, median and significance tests.

Results: When analyzing nurses' assessments by cancer patients, most of them highly value the work and commitment of nurses both in medical and emotional aspects. Age, patients' living situation, professional status and education can affect the perception of nursing care. The duration of treatment also seems to affect the assessment of nurses' work. People who have just started treatment rate nurses better than those who have already completed the treatment process.

Applications:

1. The majority of respondents positively assess the work of nurses and support in illness. Patients particularly appreciate the comprehensible explanation of issues and care for the patient.
2. The survey shows that women, the elderly, pensioners and the unemployed, as well as respondents with vocational or secondary education, have a better assessment of nursing care.
3. People who have just started the treatment process rate both the work and the support of nurses better.

Keywords: cancer, support in cancer, the role of a nurse in the care of an oncological patient, psycho-oncology.

Wstęp

Wsparcie onkologiczne to skomplikowany i wielowymiarowy proces, który wymaga współpracy pomiędzy pacjentem, jego rodziną i różnymi profesjonalistami w dziedzinie zdrowia. W centrum tej współpracy znajduje się pielęgniarka onkologiczna, której rola jest kluczowa dla łagodzenia trudnych doświadczeń pacjenta z chorobą nowotworową. Od początku diagnozy po leczenie, rehabilitację, a czasem nawet opiekę paliatywną pielęgniarki onkologiczne uczestniczą we wszystkich etapach i aspektach opieki nad pacjentem z rakiem.

Pielęgniarki onkologiczne działają na pierwszej linii opieki zdrowotnej i często to z nimi najpierw kontaktują się pacjenci. Zapewniają wsparcie emocjonalne, edukacyjne oraz długoterminowe wsparcie w procesie leczenia, rehabilitacji i adaptacji do choroby. Ta rola wymaga nie tylko wiedzy medycznej, ale także zdolności do nawiązywania relacji z pacjentem i jego rodziną, do czego potrzebne są umiejętności miękkie, takie jak empatia, cierpliwość i komunikacja.

Wsparcie emocjonalne jest ważnym elementem roli pielęgniarki onkologicznej. Diagnoza raka stanowi często traumatyczne doświadczenie dla pacjentów i ich rodzin. Pielęgniarki onkologiczne muszą być w stanie dostarczyć wsparcia emocjonalnego, by pomóc pacjentom radzić sobie ze stresem, lękiem i depresją, które wiążą się z diagnozą i leczeniem. Wsparcie to może obejmować zarówno aspekty psychologiczne, jak i praktyczne, takie jak pomoc w radzeniu sobie z utratą apetytu, zmęczeniem i innymi skutkami ubocznymi leczenia.

Wsparcie to rodzaj interakcji społecznej, która ma miejsce między uczestnikami sytuacji trudnych, stresujących czy kryzysowych. Interakcja ta może być jedno- lub dwustronna, z podziałem na rolę dawcy i biorcy, i zakładać możliwość zmian kierunku przekazywanego wsparcia. Głównym celem tego procesu są podniesienie na duchu, pomoc w łagodzeniu stresu, walka z kryzysem poprzez towarzyszenie w trudnej sytuacji, budowanie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei, a także zbliżenie się do rozwiązania problemu i pokonania przeciwności [1].

Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem onkologicznym jest wspieranie pacjenta na każdym etapie choroby, od momentu diagnozy przez leczenie aż po opiekę paliatywną i terminalną. Do najważniejszych zadań należą zarządzanie objawami, edukacja pacjenta i jego rodziny oraz koordynowanie opieki między różnymi specjalistami. Realizacja roli personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem zależy od wielu uwarunkowań, które wpływają na jakość prowadzonych działań [2–4].

Obszary, w których działają pielęgniarki, są bardzo zróżnicowane, a rola personelu pielęgniarskiego jest złożona i obejmuje szeroki zakres umiejętności, wiedzy i kompetencji. Poniżej przedstawiono kilka najważniejszych obszarów, w których rola pielęgniarki jest kluczowa [5–7]:

1. Edukacja pacjenta i rodziny. Pielęgniarka jest odpowiedzialna za zapewnienie pacjentowi i jego rodzinie wszystkich informacji niezbędnych do świadomego współuczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki pielęgnacyjnej i samoopieki.

2. Zapewnienie komfortu. Zadaniem pielęgniarki jest dbanie o komfort fizyczny, psychiczny i duchowy chorego człowieka. Wymaga to zdolności do słuchania, mówienia jasno i na temat, przyjaznego nastawienia do chorego i jego rodziny, oraz umiejętności dostrzegania wszystkich potrzeb pacjenta, nawet tych niewerbalnie sygnalizowanych.
3. Wsparcie emocjonalne. Może ono obejmować zapewnienie przestrzeni dla wyrażania smutku, troski i emocji, umożliwienie zadawania pytań i wyrażania obaw oraz oferowanie prawdziwych, empatycznych odpowiedzi.
4. Leczenie bólu. Jest jednym z najważniejszych elementów roli pielęgniarki, zwłaszcza w opiece nad pacjentami onkologicznymi, u których ból może być częstym i przewlekłym problemem. Pielęgniarka pełni w tym zakresie zarówno rolę bezpośrednią, obejmującą ocenę bólu, realizację zleconego leczenia przeciwbólowego i monitorowanie jego skuteczności, jak i pośrednią, polegającą m.in. na edukacji pacjenta, przekazywaniu informacji o jego stanie zespołowi terapeutycznemu oraz współudziale w planowaniu postępowania przeciwbólowego.
5. Koordynacja działań medycznych. Pielęgniarka koordynuje opiekę pomiędzy różnymi specjalistami, troszcząc się o to, aby pacjent otrzymał wsparcie z różnych dziedzin. Może to obejmować współpracę z lekarzami, farmaceutami, dietetykami, pracownikami socjalnymi, fizjoterapeutami i psychologami.
6. Praca z oporem i strachem. Pielęgniarka musi znać techniki radzenia sobie z oporem i strachem ze strony rodziny i pacjenta. Pomaga też rodzinie w przezwyciężaniu trudności związanych z opieką nad pacjentem.
7. Przygotowanie do końca życia. W przypadku pacjentów w stanie terminalnym pielęgniarka powinna również pomagać rodzinie w przygotowaniu się do końca życia pacjenta, omawiając ten trudny temat z szacunkiem i empatią.

Cel badań

Celem głównym badań była ocena pracy pielęgniarek i wsparcia udzielanego przez nie pacjentom onkologicznym.

Materiał i metody

Materiał badawczy zebrano metodą sondażu diagnostycznego. Techniką wykorzystaną do przeprowadzenia badania była ankieta, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Badania przeprowadzono w okresie od listopada 2022 roku do marca 2023 roku wśród 100 pacjentów onkologicznych Hospicjum Domowego Caritas Archidiecezji Warszawskiej. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Respondenci wyrazili świadomą zgodę na wypełnienie kwestionariusza ankiety.

Kwestionariusz ankiety składał się z 15 pytań, w tym:
– 10 zamkniętych jednokrotnego wyboru,
– 3 zamkniętych wielokrotnego wyboru,
– 2 otwartych.

Zebrane wyniki badań, poddane analizie statystycznej (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, test prawdopodobieństwa $p < 0,05$), zostały zaprezentowane w postaci rycin i tabel, a następnie przeanalizowane i poddane dyskusji uwzględniającej dostępne badania.

Do analizy statystycznej i przygotowania danych wizualnych wykorzystano programy Statistica 28.0 oraz Microsoft Excel.

Za pomocą kwestionariusza ankiety zebrano dane metryczkowe, dane związane z chorobą pacjenta i jej wpływem na jego życie oraz oceny pracy pielęgniarek i udzielanego przez nie wsparcia w okresie choroby. Pytania metryczkowe odnosiły się do danych demograficznych – płci, wieku, wykształcenia oraz aktywności zawodowej. Pytanie dotyczące oceny poziomu zadowolenia z pracy pielęgniarek i udzielanego przez nie wsparcia polegało na uzupełnieniu macierzy stwierdzeń w 36-stopniowej skali punktowej. Na bazie odpowiedzi przyporządkowano punkty (zdecydowanie się nie zgadzam – 0, raczej się nie zgadzam – 1, nie mam zdania – 2, raczej się zgadzam – 3, zdecydowanie się zgadzam – 4) i przygotowano skalę oceny:

- 0–7 pkt – bardzo zła ocena pracy/wsparcia,
- 8–14 pkt – zła ocena pracy/wsparcia,
- 15–22 pkt – neutralna (średnia) ocena pracy/wsparcia,
- 23–29 pkt – dobra ocena pracy/wsparcia,
- 30–36 pkt – bardzo dobra ocena pracy/wsparcia.

Do oceny zależności między zmiennymi wykorzystano test niezależności chi-kwadrat. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania, co oznacza, że wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Test chi-kwadrat niezależności, znany również jako test chi-kwadrat Pearsona, jest testem statystycznym stosowanym do badania, czy istnieje zależność (korelacja) między dwiema zmiennymi kategorycznymi. Jest często stosowany w badaniach naukowych do porównywania grup badawczych i analizowania różnic między nimi. Test chi-kwadrat niezależności opiera się na porównaniu obserwowanych i oczekiwanych częstości występowania kategorii w ramach dwóch zmiennych. Sprawdza się w nim hipotezę zerową, mówiącą, że zmienne są niezależne (brak związku między nimi), przeciwko hipotezie alternatywnej, mówiącej, że zmienne są zależne (istnieje między nimi związek).

Wyniki

Ankietę rozpoczęto od pytania o płeć respondenta. Na podstawie otrzymanych wyników stwierdzono, że ponad 3/4 badanych stanowiły kobiety. Pozostałe 24% ankietowanych to pacjenci płci męskiej.

Następnie przeanalizowano wiek respondentów. Podzielono ich na następujące grupy wiekowe: 15–18 lat, 19–24 lata, 25–29 lat, 30–39 lat, 40–49 lat, 50–59 lat oraz 60 lat i więcej. Po zestawieniu wyników obliczono, że największą grupę stanowiły osoby w wieku od 40 do 49 lat (34%). Zaledwie o 3% mniejszą liczebnie grupą byli respondenci w wieku od 50 do 59 lat. Pozostałe grupy nie

przekraczały wartości 15%. W kohorcie wiekowej 15–18 lat mieścił się zaledwie 1% ankietowanych – była to najmniej liczna grupa tego kryterium podziału.

Ponad połowa ankietowanych (52%) deklarowała wykształcenie wyższe. Drugą pod względem liczebności grupą byli respondenci posiadający wykształcenie średnie. Na kolejnych pozycjach znalazły się grupy z wykształceniem zawodowym (12%) i podstawowym (zaledwie 3%.)

Pytanie o aktywność zawodową pokazało, że dokładnie 3/4 respondentów stanowiły osoby pracujące. Pozostałe wielkości grup respondentów wahały się od 5% do 8%. Najmniej liczne w tym zestawieniu były osoby studiujące oraz bezrobotne.

Ponad 40% respondentów stanowiły osoby wyleczone z choroby nowotworowej. Pozostałe dane wskazują, że 18% respondentów zmagało się z chorobą od 6 miesięcy do roku. Zaledwie o 1% mniejszą grupę tworzyli pacjenci, u których nowotwór rozpoznano w okresie do 6 miesięcy poprzedzających udział w badaniu ankietowym. Najmniej liczni byli respondenci najdłużej walczący z chorobą (powyżej 3 lat). Stanowili oni 10% ogółu badanych.

Następnie respondenci zostali poproszeni o określenie czasu, który upłynął od postawienia diagnozy do rozpoczęcia leczenia. Wskazania na odpowiedzi „do jednego miesiąca" oraz „od jednego do trzech miesięcy" były podobnie liczne (odpowiednio 45% i 41% respondentów). Pozostałe 14% stanowili respondenci, których leczenie rozpoczęło się po ponad 3 miesiącach od postawienia diagnozy.

Aż 28 respondentów zrezygnowało z udzielenia odpowiedzi na pytanie o oczekiwania wobec pielęgniarki. Co piąta udzielana odpowiedź wskazywała, że respondenci oczekują od pielęgniarki empatii, a 11% odpowiedzi dotyczyło wsparcia w chorobie. Oprócz tych cech wymieniano także: wyrozumiałość (8%), przyjazne nastawienie (5%), pomoc w chorobie (5%) czy chociażby troskę o pacjenta (3%). Szczegółowe zestawienie wyników zebrano w tabeli 1.

Tabela 1. Oczekiwania respondentów wobec pielęgniarki

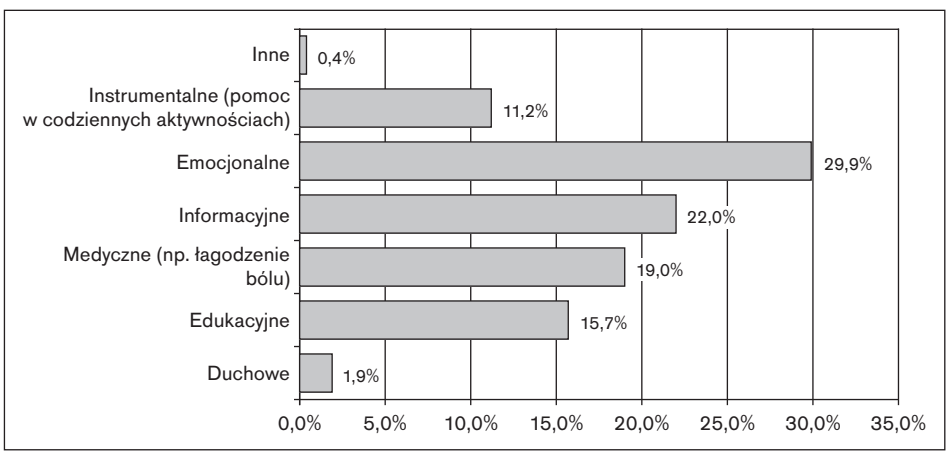
Odpowiedź*	*N*	%	Odpowiedź	*N*	%
Brak odpowiedzi	28	22,0	Sympatyczna/miła	7	5,0
Aby była	1	1,0	Nie mam oczekiwań. Są perfekcyjne	1	1,0
Łagodzenie bólu	1	1,0	Nie mam zdania w tej kwestii	4	3,0
By była przede wszystkim dobrym człowiekiem	1	1,0	Opieka medyczna	2	2,0
Dbanie o polepszenie zdrowia	1	1,0	Pomoc w chorobie	6	5,0
Pielęgnacja	1	1,0	Pomoc w sytuacjach, w których sama sobie nie radzę	1	1,0
Delikatność podczas zabiegów	1	1,0	Poświęcenie większej ilości czasu dla pacjenta	1	1,0
Życzliwość	3	2,0	Troska o pacjenta	4	3,0
Empatia	26	20,0	W granicach możliwości	1	1,0
Profesjonalizm	2	2,0	Wsparcie i dobra opieka podczas choroby	1	1,0

Wsparcie	14	11,0	Wsparcie psychiczne	2	2,0
Zainteresowanie, czy pacjent czegoś nie potrzebuje	1	1,0	Wsparcie, ukierunkowanie emocji	1	1,0
Wytłumaczenie postępowania w trakcie leczenia	3	2,0	Współczucie	1	1,0
Zrozumienie	1	1,0	Znajomość tematu	1	1,0
Wyrozumiałość	10	8,0	Pomoc po operacji przy toalecie	2	2,0
Szacunek do drugiego człowieka	1	1,0			

* Tabela przedstawia odpowiedzi udzielone przez respondentów spontanicznie w pytaniu otwartym, pogrupowane tematycznie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Ankietowani pacjenci zostali także poproszeni o wskazanie rodzajów wsparcia, jakich oczekują od pielęgniarki (rycina 1). Najwięcej odpowiedzi (praktycznie 1/3) dotyczyło wsparcia emocjonalnego (80 respondentów). Kolejno zwracano uwagę na wsparcie informacyjne (22%; 59 respondentów), medyczne (19%; 51 respondentów) oraz edukacyjne (15,7%; 42 respondentów). Najmniejsza grupa respondentów oczekiwała od pielęgniarki wsparcia duchowego (zaledwie 1,9%; 5 respondentów). Jeden z ankietowanych wskazał odpowiedź „inne", jednak nie napisał, jakiego wsparcia oczekiwał.



Rycina 1. Rodzaj wsparcia udzielnego przez pielęgniarkę oczekiwany przez respondentów

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Na koniec zapytano respondentów o to, jaką rolę pełniła pielęgniarka w opiece nad ich rodziną. Co czwarta odpowiedź (65 badanych) wskazywała rolę edukacyjną – informowanie na temat choroby i kroków leczenia. Nieznacznie (zaledwie o 2%) mniej odpowiedzi dotyczyło pomocy w zrozumieniu istoty choroby (60 respondentów).

Pozostałe odpowiedzi uzyskały po 16% (43 respondentów) lub 18% (46 respondentów) głosów – wskazywały na wsparcie w opanowaniu emocji oraz udzielanie rad związanych z łagodzeniem objawów i przygotowaniem do samoopieki.

Następnie respondenci oceniali pracę pielęgniarek sprawujących nad nimi opiekę podczas choroby. W tym wypadku zaobserwowano inny rozkład odpowiedzi niż w odniesieniu do wsparcia. Na bazie zestawienia danych można wywnioskować, że:

1. Większość respondentów jest zadowolona lub bardzo zadowolona z pracy pielęgniarek.
2. Największa grupa ankietowanych pacjentów była najbardziej zadowolona z realizowanych zabiegów pielęgnacyjnych oraz udzielania informacji o stanie zdrowia (46% odpowiedzi). To właśnie ta druga czynność uzyskała najwyższy odsetek pozytywnych ocen (79%).
3. Zadania takie jak udzielanie pomocy przy czynnościach higienicznych oraz łagodzenie lęku i strachu były realizowane na bardzo zadowalającym poziomie według ponad 30% respondentów.
4. Najwięcej negatywnych ocen dotyczyło łagodzenia bólu oraz zmniejszania duszności (po 15% odpowiedzi). Łagodzenie bólu było najczęściej wskazywaną czynnością ocenioną jako wykonywana na bardzo niezadowalającym poziomie (11% odpowiedzi).
5. Najwięcej odpowiedzi określających zadowolenie jako średnie odnosiło się do łagodzenia zaburzeń oddawania stolca i moczu (odpowiednio 14% i 15% respondentów).

Zsumowanie odpowiedzi zgodnie z kluczem przedstawionym w metodologii pokazało, że większość respondentów pozytywnie oceniała pracę pielęgniarek (79%), w tym 32% ankietowanych uważało, że praca pielęgniarek była wykonywana bardzo dobrze. Z drugiej strony 14% respondentów nie było zadowolonych z pracy pielęgniarek, z czego aż 13% deklarowało bardzo duże niezadowolenie. Pozostałe 7% respondentów przejawiało neutralny stosunek do pracy pielęgniarek.

Następnie zestawiono dane ilościowe oceny pracy pielęgniarek według przyjętych zmiennych. Na bazie zestawienia można zauważyć, że:

1. Ponad 80% kobiet pozytywnie oceniało pracę pielęgniarek; taką samą opinię wyrażało jedynie 68% mężczyzn.
2. Respondent z najmłodszej grupy (15–18 lat) ocenił pracę pielęgniarek bardzo źle.
3. Wraz z wiekiem rośnie udział respondentów zadowolonych z pracy pielęgniarek. W grupie najstarszej zadowolonych było 100% respondentów.
4. Najlepiej pracę pielęgniarek oceniały osoby z wykształceniem średnim (89% tej grupy). Warto jednak podkreślić, że grupa z wykształceniem zawodowym jako jedyna nie wyraziła negatywnej opinii na ten temat.
5. Najprzychylniejsze opinie o pracy pielęgniarek wyrażały osoby na emeryturze/rencie (100% grupy). Pacjenci bezrobotni natomiast ocenili pracę pielęgniarek dobrze lub neutralnie.

6. Aż 93% grupy, która była tuż pod diagnozie, oceniało pracę pielęgniarek pozytywnie. Bardzo złą opinię na ten temat miało od 20% do 22% grupy wyleczonych oraz pacjentów leczących się od pół roku do roku.
7. Wśród badanych, u których wpływ choroby na życie okazał się najmniejszy, skrajnie negatywną opinię na temat pracy pielęgniarek wyrażało 36% osób. Największy odsetek grupy bardzo zadowolonych z pracy pielęgniarek stanowiły osoby, u których choroba miała duży wpływ na życie (60%).

Do dalszej analizy wykonano obliczenia statystyczne. Na ich podstawie można stwierdzić, że:

1. W grupie kobiet średnia ocena pracy pielęgniarek była o ponad 3 pkt wyższa niż w grupie mężczyzn.
2. Zdecydowanie najwyższą średnią ocen odnotowano w grupie osób najstarszych (60+). Najniżej pracę pielęgniarek (oprócz respondenta z grupy 15–18 lat) ocenili pacjenci w wieku 25–29 lat.
3. Najwyższą średnią ocenę pracy pielęgniarek uzyskano w grupie respondentów z wykształceniem średnim (26 pkt), natomiast najniższą wśród osób z wykształceniem podstawowym (13 pkt).
4. Analizy uwzględniające aktywność zawodową wykazały, że najwyżej pracę pielęgniarek oceniła grupa emerytów i rencistów (średnia 31,75), a najniżej oceniali ją respondenci studiujący (18,8).
5. Średnio najniższą ocenę pracy pielęgniarek wystawiały osoby już wyleczone (22,94), najwyższą natomiast – osoby dopiero zdiagnozowane (28,64). Warto również podkreślić, że w grupie osób dopiero zdiagnozowanych najniższa indywidualna wartość oceny wyniosła 17 pkt.
6. Obliczony na podstawie odpowiedzi wpływ choroby na życie wskazuje, że respondenci z największym i najmniejszym wpływem wystawiali średnio najniższe oceny pracy pielęgniarek. Najwyższą średnią odnotowano w grupie respondentów deklarujących duży wpływ choroby na życie. Zależność ta była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Większość odpowiedzi odnoszących się do oceny zachowania pielęgniarek względem pacjenta wskazywała na jego pozytywny odbiór wśród respondentów. Na podstawie wyników można wyszczególnić następujące elementy:

1. Największy udział pozytywnych odpowiedzi dotyczył stwierdzeń „Zrozumiale wyjaśniają ważne kwestie" oraz „Widoczna jest troska o pacjenta". Z tymi zdaniami zgadzało się (lub raczej się zgadzało) ponad 81% respondentów. Warto jednak pokreślić, że z drugim stwierdzeniem zdecydowanie zgadzało się aż 11% więcej respondentów i jest to najwyższy wynik tej odpowiedzi w całym zestawieniu.
2. Ze stwierdzeniem „Zawsze odpowiadają na pytanie" zgadzało się (lub raczej się zgadzało) 79% respondentów.
3. Największy udział odpowiedzi „nie mam zdania" (37%) dotyczył wsparcia w potrzebach religijnych. Była to najczęściej udzielana odpowiedź na to stwierdzenie.

4. Zdanie „Poświęcają odpowiednią ilość czasu" otrzymało najwięcej odpowiedzi negatywnych (18%). Zdecydowanie nie zgadzało się z nim 10% respondentów.

Na podstawie zsumowanych wartości poszczególnych odpowiedzi można stwierdzić, że 78% respondentów pozytywnie oceniało wsparcie ze strony pielęgniarki w chorobie. Po 9% respondentów miało do tego stosunek neutralny albo skrajnie negatywny. Jedynie 4% ankietowanych odczuwało małe wsparcie w chorobie.

Ocena wsparcia udzielanego przez pielęgniarki w ujęciu ilościowym i w podziale na wybrane zmienne wskazuje, że:

1. Udział kobiet oceniających pozytywnie udzielone wsparcie jest o 3% większy niż udział grupy mężczyzn.
2. Najwyższy odsetek pozytywnych ocen wsparcia udzielanego przez pielęgniarki odnotowano w grupie respondentów w wieku 40–49 lat (91%). W grupie osób najstarszych odsetek ten wyniósł 88%.
3. Udzielane przez pielęgniarki wsparcie pozytywnie oceniało 92% grupy z wykształceniem zawodowym. Odsetek pozytywnych ocen w grupach respondentów z wykształceniem średnim czy wyższym nie przekraczał 80%, a w grupie z wykształceniem podstawowym – 70%.
4. Cała grupa bezrobotnych oceniała udzielone wsparcie pozytywnie. Po 88% grup takich jak renciści i emeryci oraz respondenci zajmujący się domem wskazywało, że otrzymali duże lub bardzo duże wsparcie w chorobie.
5. Podobnie jak w zestawieniu odnoszącym się do oceny pracy to respondenci z dopiero zdiagnozowaną chorobą byli grupą z największym udziałem odpowiedzi oceniających bardzo dobrze lub dobrze otrzymane wsparcie.
6. W grupie respondentów, na których życie choroba miała mały wpływ, jedynie 50% ankietowanych pozytywnie oceniało otrzymane wsparcie. Największy odsetek osób oceniających pozytywnie otrzymane wsparcie był w grupie z dużym wpływem choroby na życie (87%).

Ponownie do analizy statystycznej przygotowano zestawienie obliczonych danych, z których można wywnioskować, że:

1. Kobiety oceniały otrzymane wsparcie średnio o 0,63 pkt wyżej niż mężczyźni.
2. W grupie respondentów w wieku 60+ najniższa ocena udzielonego przez pielęgniarki wsparcia wyniosła 22 pkt. Jednocześnie grupa ta uzyskała najwyższą średnią ocen wsparcia. Najniższe wartości średniej odnotowano w grupach młodszych (poniżej 30 lat).
3. Najwyższą średnią ocen udzielanego przez pielęgniarki wsparcia odnotowano wśród respondentów z wykształceniem zawodowym (28,75), najniższą – w grupie z wykształceniem podstawowym (19,67).
4. W podziale uwzględniającym aktywność zawodową grupą z najniższym wynikiem średnim (20) okazali się studenci. Średnio najwyżej udzielone wsparcie doceniała grupa osób bezrobotnych.
5. Podobnie jak w zestawieniu dotyczącym oceny pracy pielęgniarek najwyższą średnią ocenę wystawiła grupa osób z dopiero zdiagnozowaną chorobą,

najniższą – już wyleczeni. Warto zauważyć, że wśród osób dopiero zdiagnozowanych oraz chorujących od 3 lat najniższa wartość punktów oceny wyniosła odpowiednio 22 i 20.

6. Najwyższą średnią ocenę udzielonego przez pielęgniarkę wsparcia odnotowano w grupie respondentów, na których życie choroba miała duży wpływ. Z kolei osoby, na których życie choroba wpłynęła w niewielkim stopniu, średnio wystawiały ocenę niemal o 10 pkt niższą.

Dyskusja

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem onkologicznym jest niezwykle istotna i nieoceniona. Personel pielęgniarski pełni funkcję nie tylko medyczną, ale także psychospołeczną, uczestnicząc w procesie diagnozy, leczenia, rehabilitacji i ewentualnej opieki paliatywnej pacjenta z chorobą nowotworową.

Jako kluczowa postać w zespole terapeutycznym pielęgniarka onkologiczna realizuje wiele różnorodnych zadań. Z przeprowadzonych badań wynika, że ten aspekt pracy pielęgniarki oceniany jest przez niemal 79% respondentów pozytywnie. Najlepiej ocenianymi czynnościami były pielęgnacja, udzielanie informacji oraz pomoc w zakresie higieny.

W badaniach przeprowadzonych przez Medak i wsp. wskazano, że 95% pacjentów po resekcji żołądka z powodu nowotworu pozytywnie oceniło opiekujące się nimi pielęgniarki [8]. Przeciwne dane zebrali i przedstawili Coban i Yurdagul. Z ich badania przeprowadzonego w Turcji wynika, że większość respondentów z nowotworem nisko oceniła poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Co ważne, badacze podkreślali, że jest to konsekwencją negatywnego nastawienia pielęgniarek do swojej pracy [9].

Nieodłącznym elementem opieki pielęgniarskiej jest troska o pacjenta w wymiarach emocjonalnym i psychospołecznym. Wyniki badań własnych wskazują, że również w tym obszarze respondenci wysoko oceniali pracę pielęgniarek – 78% badanych było zadowolonych z udzielanego wsparcia. Najwyżej oceniano gotowość do udzielania odpowiedzi na pytania, zrozumiałe wyjaśnianie ważnych kwestii, empatyczne podejście oraz uspokajającą rozmowę. Badanie przeprowadzone przez Mółkę wykazało, że pacjenci w trakcie chemioterapii w szczególnym stopniu doceniali zaangażowanie, wsparcie oraz wyjaśnienie niezbędnych informacji w trakcie leczenia [10].

Na podstawie przeprowadzonej analizy zaobserwowano, że zarówno w aspekcie medyczno-informacyjnym, jak i psychiczno-emocjonalnym najlepszą opinię na temat roli pielęgniarki miały osoby w wieku 60+. Z kolei najmłodszy badany (poniżej 18 lat) w obu kwestiach wyrażał swoje niezadowolenie z pracy pielęgniarek. Niewątpliwie warto zbadać, czy taka zależność występuje w innych grupach badawczych i czy może być związana np. z frustracją chorobą i wywołanymi nią ograniczeniami w młodym wieku.

Odnotowano, że osoby ze średnim wykształceniem najlepiej oceniają pracę pielęgniarek, a respondenci z wykształceniem zawodowym – udzielane przez nie

wsparcie. Co ciekawe, to osoby z wykształceniem podstawowym najczęściej były niezadowolone z pracy i wsparcia pielęgniarek. Biorąc pod uwagę aktywność zawodową badanych, stwierdzono, że pielęgniarki najlepsze oceny uzyskały od osób na emeryturze/rencie oraz bezrobotnych.

Wyniki badania własnego są zgodne z obserwacjami Mółki [10]. W obu badaniach kobiety częściej niż mężczyźni pozytywnie oceniały pracę pielęgniarek. Warto jednak podkreślić, że może być to powiązane np. z danym szpitalem czy oddziałem. W badaniach bowiem przeprowadzonych w wielu placówkach medycznych na różnych oddziałach to właśnie kobiety krytyczniej oceniały pracę pielęgniarek [11].

Ciekawym zagadnieniem w kontekście oceny pracy pielęgniarki jest czas trwania leczenia. Jak się okazuje, najwięcej negatywnych ocen uzyskano od grupy pacjentów, którzy zostali już wyleczeni. Możliwe, że perspektywa czasu i samo wspomnienie choroby przywołują jedynie złe odczucia, co przekłada się na ocenę pracy i wsparcia pielęgniarek. Natomiast grupa, która dopiero rozpoczęła leczenie i posiada większą motywację do walki z chorobą, a jednocześnie nie odczuwa jeszcze dotkliwie skutków choroby, oceniła pracę pielęgniarek i wsparcie z ich strony najlepiej ze wszystkich grup.

Pielęgniarka onkologiczna odgrywa kluczową rolę w komunikacji pomiędzy pacjentem, jego rodziną oraz zespołem terapeutycznym. Komunikacja efektywna i empatyczna jest niezwykle ważna dla utrzymania zaufania i szacunku pacjenta. Według respondentów najistotniejszymi kwestiami były edukacja na temat choroby i kroków leczenia (65 badanych) oraz pomoc w zrozumieniu istoty choroby (60 ankietowanych).

Nawiązując do przeprowadzonego badania, które potwierdza wysoką ocenę pracy pielęgniarek przez pacjentów, warto zwrócić uwagę na to, jak istotne są odpowiednie kształcenie i ciągła edukacja w tej profesji. Pielęgniarki często muszą radzić sobie z sytuacjami stresującymi i wymagającymi, zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem, komunikacji interpersonalnej czy zarządzania czasem mogą być nieocenione w utrzymaniu zdrowia psychicznego i skuteczności w pracy. Wskazują to również same pielęgniarki. W badaniu przeprowadzonym przez Cepuch i wsp. podkreślają, że choć posiadają kompetencje, to rozumieją potrzebę i wykazują chęć dalszego szkolenia i powiększania zakresu wiedzy o pracy z pacjentem onkologicznym [12].

Wnioski

1. Większość respondentów pozytywnie ocenia pracę pielęgniarek. Szczególnie dobrze oceniane są realizowane zabiegi pielęgnacyjne i udzielanie informacji o stanie zdrowia.
2. Większość badanych pozytywnie ocenia wsparcie ze strony pielęgniarek w chorobie. Respondenci doceniają przede wszystkim zrozumiałe wyjaśnianie zagadnień i troskę o pacjenta.

3. Osoby, które doświadczyły dużego wpływu choroby na swoje życie, lepiej oceniają pracę i wsparcie ze strony pielęgniarek.
4. Kobiety, osoby starsze, emeryci/renciści i bezrobotni oraz respondenci z wykształceniem zawodowym lub średnim lepiej oceniają opiekę pielęgniarską.
5. Osoby, które dopiero rozpoczęły proces leczenia, oceniają lepiej zarówno pracę pielęgniarek, jak i wsparcie z ich strony.
6. Dodatkowo analiza otrzymanych odpowiedzi na pytania otwarte pozwala stwierdzić, że w ewentualnych badaniach w przyszłości należy bardziej precyzować pytania lub podawać przykłady odpowiedzi.

Bibliografia

1. Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Sęk H., Cieślak R. (red.): Wsparcie społeczne, stres i zdrowie, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005: 11–28.
2. Stępień R., Zdziebło K., Wiraszka G.: Determinanty etycznego postępowania pielęgniarki w opiece onkologicznej, Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Nauki Medyczne, 2013; 1(34): 27–36.
3. Matkowski R., Ekiert M., Soter K.: Struktura opieki onkologicznej w Polsce. W: Jassem J., Kordek R. (red.): Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2019: 133–140.
4. Strąg-Lemanowicz A., Leppert W.: Rola onkologicznego leczenia systemowego u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową, Medycyna Paliatywna w Praktyce, 2014; 8(1): 11–22.
5. Bafandeh Zendeh M., Hemmati Maslakpak M., Jasemi M.: Nurses' perceptions of their supportive role for cancer patients: A qualitative study, Nursing Open, 2022; 9(1): 646–654. doi: 10.1002/nop2.1112.
6. Howell D., Harth T., Brown J., Bennett C., Boyko S.: Self-management education interventions for patients with cancer: A systematic review, Supportive Care in Cancer, 2017; 25(4): 1323–1355. doi: 10.1007/s00520-016-3500-z.
7. Potter P., Deshields T., Berger J.A., Clarke M., Olsen S., Chen L.: Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses, Oncology Nursing Forum, 2013; 40(2): 180–187. doi: 10.1188/13.ONF.180-187.
8. Medak E., Ciechański A., Niedzielski A.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem po resekcji żołądka z powodu raka, Journal of Education, Health and Sport, 2017; 7(7): 441–445. doi: 10.5281/zenodo.834099.
9. Coban G.I., Yurdagul G.: The relationship between cancer patients' perception of nursing care and nursing attitudes towards nursing profession, Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 2014; 1(1): 16–21. doi: 10.4103/2347-5625.135816.
10. Mółka A.: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem w trakcie chemioterapii [praca magisterska], Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2016.

11. Gutysz-Wojnicka A.: Zastosowanie polskiej wersji Skali Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej [rozprawa doktorska], Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2010.
12. Cepuch G., Tomaszek L., Wojtas K.: Przygotowanie pielęgniarek do udzielania wsparcia pacjentom z chorobą nowotworową – doniesienia wstępne, Problemy Pielęgniarstwa, 2015; 23(4): 433–438.

6. Wpływ rozwodu na poziom stresu dorosłych dzieci rozwodników oraz sposoby jego redukowania

The impact of divorce on the stress levels of adult children of divorcees and ways to reduce them

Magdalena Segiet[1, a]

[1] Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław

[a] https://orcid.org/0009-0004-6667-5358

Abstrakt

Wstęp: Rozwód rodziców jest jednym z kluczowych wydarzeń w życiu dziecka, generującym poziom stresu porównywalny do śmierci bliskiej osoby. Zdarzenie to może mieć długofalowe konsekwencje w dorosłości. Wpływa nie tylko na zdrowie psychiczne i emocjonalne, ale również na relacje międzyludzkie oraz funkcjonowanie zawodowe dorosłych dzieci rozwiedzionych rodziców. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na zindywidualizowane doświadczenia jednostek, wskazując zarówno negatywne, jak i potencjalnie pozytywne skutki rozwodu. Niniejszy artykuł ma na celu kompleksową analizę tych wpływów na podstawie wyników badań empirycznych oraz doświadczeń dorosłych dzieci rozwiedzionych rodziców, ze szczególnym uwzględnieniem czynników, które mogą ograniczać lub niwelować stres związany z rozwodem rodziców.

Cel: Celem artykułu jest analiza wpływu rozwodu rodziców na funkcjonowanie ich dzieci w dorosłym życiu. Przegląd skupia się na trzech głównych obszarach: relacjach międzyludzkich, zdrowiu psychicznym oraz stabilności zawodowej. Ponadto uwzględniono subiektywne odczucia dorosłych dzieci dotyczące rozwodu ich rodziców i potencjalnych korzyści wynikających z tej decyzji, które mogą być czynnikami niwelującymi stres z nim związany.

Materiał i metody: Badanie oparto na analizie literatury naukowej oraz wynikach badań empirycznych dotyczących skutków rozwodu rodziców. Zastosowano metaanalizę badań psychologicznych i socjologicznych. Narzędziami wykorzystanymi w przytaczanych badaniach były kwestionariusze samoopisowe, analizy statystyczne oraz wywiady pogłębione, co pozwoliło na wielowymiarowe ujęcie problematyki.

Wyniki: Analiza pozyskanych informacji wskazuje, że rozwód rodziców może mieć zarówno negatywne, jak i pozytywne konsekwencje dla dorosłych dzieci. W obszarze relacji międzyludzkich często obserwuje się trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu bliskich więzi, niższe zaufanie do partnera oraz wyższą skłonność do unikania zobowiązań małżeńskich. W aspekcie zdrowia psychicznego

wykazano zwiększoną podatność na depresję, lęk oraz obniżoną samoocenę, co wynika wprost z sytuacji pozostawania długi czas w stresie. Stabilność zawodowa dorosłych dzieci rozwiedzionych rodziców również bywa zaburzona, co manifestuje się częstszymi zmianami miejsc pracy i trudniejszym przystosowaniem do środowiska zawodowego.

Interesujące jest jednak to, że część badanych postrzega rozwód rodziców jako korzystne wydarzenie, zwłaszcza w sytuacjach konfliktowych. Wskazywali oni na poprawę atmosfery domowej po rozwodzie, co znacznie obniżyło poziom ich stresu, oraz na możliwość budowania lepszych relacji z każdym z rodziców osobno, co poniekąd wynikało nie tylko z odpowiedzialnego zachowania rodziców w trakcie rozwodu, ale także z udzielonego im i dzieciom wsparcia.

Wnioski: Rozwód rodziców ma wielowymiarowy wpływ na funkcjonowanie ich dzieci w dorosłym życiu. Negatywne skutki są szczególnie widoczne w obszarach relacji interpersonalnych i zdrowia psychicznego, choć może to mieć również wpływ na stabilność zawodową. Jednocześnie należy zauważyć, że rozwód w pewnych sytuacjach może być postrzegany jako pozytywna zmiana, prowadząca do poprawy jakości życia dorosłych dzieci. Warto zatem podjąć dalsze badania nad strategiami wsparcia dla dzieci rozwiedzionych rodziców oraz sposobami minimalizowania negatywnych skutków rozwodu, w tym życia w permanentnym stresie.

Słowa kluczowe: rozwód rodziców, dorosłe dzieci, relacje międzyludzkie, zdrowie psychiczne, stabilność zawodowa.

Abstract

Introduction: The divorce of parents is one of the key events in a child's life, generating a level of stress comparable to the death of a loved one, which can have long-term consequences in adulthood. It affects not only mental and emotional health, but also interpersonal relationships and professional functioning of adult children of divorced parents. The literature on the subject draws attention to the individual experiences of individuals, indicating both negative and potentially positive effects of divorce. This article aims to comprehensively analyse these influences based on the available empirical findings and the perspectives of adult children of divorced parents allowing for a life without the burden of divorce through factors that reduce or offset the stress accompanying this event.

Objective: The purpose of this article is to analyse the impact of parents' divorce on their children's functioning in adulthood. The review focuses on three main areas: interpersonal relationships, mental health and professional stability. In addition, adult children's subjective feelings about their parents' divorce and the potential benefits of this decision, which may be factors in offsetting the stress associated with it, are included.

Material and methods: The study was based on the analysis of scientific literature and the results of empirical studies on the effects of parental divorce. A meta-analysis of psychological and sociological studies was used. The tools used in the cited studies included self-report questionnaires, statistical analyses

and in-depth interviews, which allowed for a multidimensional approach to the issue.

Results: The analysis of the information obtained indicates that parents' divorce can have both negative and positive consequences for adult children. In the area of interpersonal relations, difficulties in establishing and maintaining close bonds, lower trust in the partner and a higher tendency to avoid marital obligations are often observed. In terms of mental health, increased susceptibility to depression, anxiety and low self-esteem have been demonstrated. The professional stability of adult children of divorced parents can also be disturbed, which is manifested by more frequent changes of workplaces and more difficult adaptation to the professional environment.

It is interesting to note, however, that some respondents perceived their parents' divorce as a beneficial event, especially in conflict situations. They indicated an improved home atmosphere after the divorce and the possibility to build a better relationship with each parent separately, which was somewhat due not only to the responsible behaviour of the parents during the divorce but also to the support given to them and the children.

Conclusions: Parents' divorce has a multidimensional impact on the functioning of their children in adult life. The negative effects are particularly visible in the area of interpersonal relationships and mental health, although professional stability may also be impaired. At the same time, it should be noted that divorce in some situations may be perceived as a positive change, leading to an improvement in the quality of life of adult children. It is therefore worth undertaking further research on support strategies for children of divorced parents and ways to minimize the negative effects of this phenomenon.

Keywords: parental divorce, adult children, interpersonal relationships, mental health, professional stability.

Wstęp

Rozwód rodziców jest jednym z najczęstszych czynników wpływających na rozwój emocjonalny i psychospołeczny dziecka. Badania empiryczne potwierdzają, że jego skutki mogą być różne – zarówno negatywne, jak i pozytywne – w zależności od kontekstu i czynników towarzyszących. Na przykład Amato [1] wskazuje, że rozwód często wiąże się z poczuciem straty i destabilizacją, co w dłuższym okresie może prowadzić do trudności w sferach emocjonalnej i społecznej, a przede wszystkim wiąże się z dużym stresem dla dzieci rozwodzących się osób, często nieprzemijającym po rozwodzie. Jednak gdy rozwód redukuje chroniczne konflikty między rodzicami, dzieci mogą odczuwać ulgę i większe poczucie bezpieczeństwa [2].

Coraz więcej badań koncentruje się na długoterminowych skutkach rozwodu dla dorosłych dzieci. Ahrons [3] zauważa, że dzieci z rodzin, w których rodzice po rozwodzie pozostają w poprawnych relacjach, w dorosłości mogą czerpać korzyści z rozwinięcia bliższych więzi z każdym z rodziców z osobna. Badania Wolfingera [4] dodatkowo wskazują, że dzieci rozwodników często przejawiają ostrożność

w budowaniu własnych związków, co może działać jako czynnik zarówno ochronny, jak i ograniczający ich zdolność do zaangażowania emocjonalnego.

Przykładem badań nad pozytywnymi aspektami rozwodu jest praca Wallerstein i Lewis [5], które analizowały, jak dzieci w rodzinach pełnych konfliktów odczuwały poprawę jakości życia po rozwodzie rodziców i obniżenie odczuwanego stresu. Badania te wykazały, że w kontekście destrukcyjnych relacji rodzinnych rozwód może stanowić korzystne rozwiązanie, które pozwala dzieciom rozwijać się w zdrowszym środowisku emocjonalnym.

Niniejszy artykuł analizuje te długoterminowe wpływy, uwzględniając zarówno obszary ryzyka, jak i potencjalne korzyści, jakie rozwód rodziców może przynieść dorosłym dzieciom.

Rozwód jako czynnik stresogenny

Rozwód jest wydarzeniem, które może się wiązać ze znacznym obciążeniem emocjonalnym zarówno dla rodziców, jak i dla dzieci. Amato [1] na podstawie badań przeprowadzonych na dużej próbie rodzin wskazuje, że dzieci doświadczające rozwodu rodziców są bardziej narażone na problemy emocjonalne, w tym objawy depresji i lęku. Autor podkreśla ponadto, że konsekwencje rozwodu mogą się utrzymywać przez długi czas i wpływać na funkcjonowanie dzieci również na późniejszych etapach życia.

Hetherington i Kelly [2] zwracają uwagę, że jednym z najważniejszych czynników nasilających negatywne konsekwencje rozwodu jest utrzymujący się konflikt między rodzicami – nie tylko przed rozstaniem, lecz także po nim. Dla dziecka szczególnie obciążające mogą być utrata stabilności i przewidywalności codziennego życia oraz konieczność funkcjonowania pomiędzy skonfliktowanymi rodzicami. Konflikt lojalnościowy może dodatkowo utrudniać dziecku przystosowanie się do nowej sytuacji rodzinnej.

Biblarz i Gottainer [6] wskazują natomiast na znaczenie zmian społecznych i ekonomicznych towarzyszących rozwodowi. Pogorszenie sytuacji materialnej rodziny, zmiana miejsca zamieszkania czy konieczność rozpoczęcia nauki w nowym środowisku mogą zakłócać dotychczasowe relacje społeczne dziecka. W okresie dojrzewania może to prowadzić do osłabienia więzi z rówieśnikami, poczucia wyobcowania oraz trudności w budowaniu poczucia własnej wartości.

W dłuższej perspektywie doświadczenie rozwodu rodziców może również wpływać na sposób funkcjonowania dorosłych dzieci w bliskich związkach. Wolfinger [4] wskazuje, że osoby wychowujące się w rodzinach dotkniętych rozwodem mogą wykazywać większą skłonność do powielania wzorców relacji obserwowanych w rodzinie pochodzenia, co może mieć znaczenie dla trwałości ich własnych związków. W tym ujęciu doświadczenie rozwodu rodziców może stanowić jeden z czynników kształtujących późniejsze przekonania i zachowania związane z małżeństwem i relacjami partnerskimi.

Jednak jak zauważają Wallerstein i Lewis [5], wpływ stresu wynikającego z rozwodu rodziców może być różny w zależności od sposobu, w jaki rodzice radzą

sobie z konfliktem i wspierają swoje dzieci w trudnych chwilach. Jeżeli potrafią zapewnić dzieciom poczucie stabilności emocjonalnej i bezpieczeństwa, negatywne skutki stresu mogą być ograniczone.

Chociaż rozwód stanowi formę kryzysu rodziny, nie należy utożsamiać go z dewiacją czy patologią. Przekształcenie rodziny w alternatywny model często umożliwia realizowanie jej funkcji w lepszym stopniu, niż miało to miejsce w pierwotnej strukturze [7]. Badania dowodzą również, że nawet po 10 czy 15 latach od rozwodu rodziców ich dorosłe dzieci bardzo wyraźnie pamiętają negatywne uczucia, które wówczas im towarzyszyły.

Relacje międzyludzkie i wzorce związków

Jednym z najczęściej badanych aspektów wpływu rozwodu na dorosłe życie dzieci jest ich zdolność do tworzenia trwałych i zdrowych relacji pomimo obciążenia, które wynika ze stresujących wcześniejszych doświadczeń. Wyniki badań sugerują, że dorosłe dzieci rozwodników częściej mają trudności w nawiązywaniu bliskich relacji, co może wynikać z braku pozytywnego wzorca relacji rodzinnych. Wolfinger [4] wskazuje, że dzieci rozwodników mogą mieć negatywne przekonania na temat trwałości małżeństwa, co prowadzi do większej ostrożności w podejmowaniu zobowiązań lub wręcz do ich unikania. Co więcej, doświadczenie konfliktu rodzicielskiego w dzieciństwie może skutkować trudnościami w rozwiązywaniu konfliktów w dorosłych relacjach, co dodatkowo wpływa na ich jakość. Badania pokazują również, że dzieci rozwodników częściej same doświadczają rozwodów, co wskazuje na powtarzalność wzorców rodzinnych.

Nie wszystkie badania potwierdzają te negatywne tendencje. Niektóre wskazują, że dorosłe dzieci rozwodników mogą nie mieć trudności w relacjach międzyludzkich. Amato i Keith [8] oraz Demo i Acock [9] podkreślają, że doświadczenie rozwodu rodziców może nauczyć dzieci ważnych umiejętności radzenia sobie z trudnościami, a także wykształcić w nich większą empatię i zdolność do efektywnego rozwiązywania konfliktów. Te umiejętności mogą pozytywnie wpływać na ich dorosłe relacje. Dodatkowo niektóre badania [10] wskazują, że dzieci rozwodników, które miały dostęp do wsparcia emocjonalnego ze strony innych dorosłych (np. dziadków, nauczycieli), radzą sobie równie dobrze jak dzieci z pełnych rodzin w zakresie nawiązywania trwałych związków.

Co więcej, dorosłe dzieci rozwodników mogą być bardziej świadome znaczenia komunikacji i kompromisu w relacjach, co prowadzi do budowania zdrowszych więzi. Według Kelly i Emery'ego [11] osoby, które potrafiły przepracować doświadczenia z dzieciństwa, nie tylko nie mają trudności w budowaniu relacji, ale wręcz mogą lepiej rozumieć, jak tworzyć trwałe i szczęśliwe związki.

Rozwód może wpływać na sposób, w jaki dorosłe dzieci rozwodników postrzegają relacje międzyludzkie i budują własne związki. Z badań Tyszki [12] wynika, że osoby wychowane w rodzinach rozwiedzionych częściej obawiają się zaangażowania i mają trudności w utrzymaniu długotrwałych relacji. Wiele z tych osób wykazuje większą ostrożność w podejmowaniu decyzji o małżeństwie i częściej

doświadcza lęku przed porażką w relacjach partnerskich. Niektóre badania jednak wskazują, że dzieci rozwodników mogą rozwijać większą odporność emocjonalną i umiejętność rozwiązywania konfliktów, szczególnie jeśli rozwód rodziców odbywał się w atmosferze wzajemnego szacunku i współpracy [3].

Rozwód rodziców przeżyty w dzieciństwie może się stać specyficznym doświadczeniem życiowym, które uczy dziecko większej odpowiedzialności za siebie i bliskich, zmuszając je do szybszego wejścia w dorosłość, kształtując jego siłę, odporność i wytrzymałość życiową. Ponadto przeżycie rozwodu rodziców w dzieciństwie oraz wychowywanie się w rodzinie monoparentalnej uświadamiają człowiekowi, co stracił, i w tym znaczeniu obligują go do wyboru innego scenariusza dla swojego związku małżeńskiego i życia rodzinnego [7].

Korzyści z rozwodu rodziców

Chociaż rozwód rodziców bywa często postrzegany jako zdarzenie negatywne, istnieją przypadki, w których dorosłe dzieci rozwodników wskazują na pozytywne aspekty tej decyzji. W rodzinach, w których relacje były naznaczone przemocą, ciągłymi konfliktami lub brakiem wzajemnego szacunku, rozwód może przynieść ulgę i poprawić jakość życia zarówno dzieci, jak i rodziców. Badania przeprowadzone przez Ahrons [3] wykazały, że wiele dorosłych dzieci rozwodników postrzega rozwód jako szansę na stworzenie bardziej harmonijnych relacji z każdym z rodziców osobno. W takich sytuacjach rozwód może również ograniczyć ekspozycję dzieci na toksyczne wzorce relacji, co sprzyja ich zdrowiu emocjonalnemu i społecznemu.

Ponadto dorosłe dzieci rozwodników często podkreślają, że rozwód umożliwił rodzicom realizację własnych celów i osiągnięcie szczęścia, co w dłuższej perspektywie przekłada się na zdrowsze relacje w rodzinie. W takich przypadkach rozwód może być postrzegany jako sposób na uniknięcie większych szkód emocjonalnych, jakie mogłyby wynikać z pozostawania w konflikcie.

Negatywne skutki rozwodu

Jednym z najczęściej wskazywanych skutków rozwodu rodziców są trudności w funkcjonowaniu psychicznym dzieci. Dzieci doświadczające rozwodu rodziców mogą się częściej zmagać z objawami depresji, lękiem oraz trudnościami adaptacyjnymi, zwłaszcza gdy sytuacji rozwodowej towarzyszy długotrwały stres [13]. Doświadczenie rozwodu może się wiązać z obniżeniem poczucia własnej wartości oraz trudnościami w funkcjonowaniu społecznym [14]. Szczególnie niekorzystna sytuacja występuje wówczas, gdy rozwód przebiega w warunkach silnego i długotrwałego konfliktu między rodzicami, co może zwiększać ryzyko utrzymywania się problemów emocjonalnych także na późniejszych etapach życia.

Konsekwencje rozwodu mogą się również ujawniać w dorosłości, zwłaszcza w obszarze tworzenia bliskich i trwałych związków. Doświadczenia wyniesione z rodziny pochodzenia mogą wpływać na sposób budowania relacji partnerskich

oraz stosunek do małżeństwa [12]. W niektórych przypadkach mogą prowadzić do powielania wzorców obserwowanych w rodzinie, w tym zwiększać ryzyko rozpadu własnego związku.

Stabilność zawodowa i finansowa

Rozwód rodziców może ponadto wpływać na ścieżkę zawodową i stabilność finansową dzieci. Biblarz i Gottainer [6] zauważają, że dorosłe dzieci rozwodników często doświadczają trudności w realizacji celów edukacyjnych, co przekłada się na ich pozycję na rynku pracy. Brak odpowiedniego wsparcia emocjonalnego i materialnego w okresie edukacji może ograniczać możliwości rozwoju zawodowego. Dodatkowo niestabilność finansowa rodziny w wyniku rozwodu często wymusza na dzieciach wcześniejsze podejmowanie pracy, co z kolei utrudnia zdobycie wyższego wykształcenia. W efekcie dorosłe dzieci rozwodników mogą być bardziej narażone na niestabilność zawodową i mniejsze zarobki w porównaniu z dziećmi z pełnych rodzin.

Zdrowie psychiczne i emocjonalne

Niejednokrotnie dorosłe już dzieci rozwodników latami leczą traumy, jakich doznały w dzieciństwie w wyniku sytuacji kryzysowej związanej z rozwodem rodziców.

Znaczenie wsparcia społecznego i strategie radzenia sobie ze stresem

Wsparcie dla dzieci rozwiedzionych rodziców

Dzieci rozwodników mogą korzystać z różnych strategii radzenia sobie, które pomagają im minimalizować negatywne skutki rozwodu będące czynnikiem stresogennym. Badania Hetherington i Kelly'ego [2] wskazują, że uczestnictwo w grupach wsparcia, takich jak warsztaty dla dzieci rozwodników, może być szczególnie pomocne. Wyniki badań wykazały, że dzieci uczestniczące w takich programach zgłaszały mniejszy poziom stresu i lepsze przystosowanie emocjonalne w porównaniu z tymi, które nie miały dostępu do takich zasobów [15].

Rola szkoły

Szkoła odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu wsparcia dla dzieci rozwiedzionych rodziców. Nauczyciele i pedagodzy szkolni mogą być pierwszymi osobami, które zauważą zmiany w zachowaniu dziecka spowodowane stresem, takie jak spadek koncentracji, izolacja społeczna czy trudności emocjonalne. Dzięki odpowiedniemu przeszkoleniu mogą skutecznie interweniować i wspierać uczniów w radzeniu sobie z wyzwaniami wynikającymi z sytuacji rodzinnej.

Szkoły mogą oferować:

1. Grupy wsparcia i warsztaty. Spotkania prowadzone przez psychologów szkolnych pozwalają dzieciom dzielić się doświadczeniami i uczyć się, jak radzić sobie z emocjami.
2. Indywidualne konsultacje. Pedagog czy psycholog szkolny mogą pomóc w rozwiązywaniu problemów emocjonalnych lub behawioralnych wynikających z rozwodu rodziców.
3. Programy edukacyjne. Lekcje dotyczące zdrowego radzenia sobie z emocjami oraz budowania relacji z rówieśnikami.

Wsparcie rodziny

Rodzina, zarówno najbliższa, jak i dalsza, odgrywa kluczową rolę w pomaganiu dzieciom w przystosowaniu się do nowej sytuacji. Doniosłe znaczenie mają:

1. Stałość i stabilność. Zapewnienie dzieciom poczucia bezpieczeństwa poprzez utrzymywanie stabilnych rytuałów i harmonogramów.
2. Otwarte komunikowanie się. Rodzice powinni umożliwiać dzieciom wyrażanie emocji, nawet trudnych, i odpowiadać na ich pytania w sposób adekwatny do wieku.
3. Wsparcie emocjonalne. Bliscy członkowie rodziny, tacy jak dziadkowie, mogą być dodatkowym źródłem wsparcia, oferując uwagę, ciepło i poczucie przynależności.

Wsparcie instytucji pomocowych

Współczesne instytucje pomocowe oferują wiele usług, które mogą pomóc dzieciom rozwiedzionych rodziców w przystosowaniu się do zmian. Do najważniejszych form wsparcia należą:

1. Centra poradnictwa rodzinnego. Są to miejsca, w których dzieci mogą skorzystać z terapii indywidualnej lub grupowej, by poradzić sobie z trudnymi emocjami i zrozumieć sytuację rodzinną.
2. Warsztaty i programy interwencyjne, takie jak amerykański program Children of Divorce Intervention Program (CODIP), koncentrują się na rozwijaniu u dzieci umiejętności społecznych i emocjonalnych oraz wspieraniu ich w radzeniu sobie z konsekwencjami rozwodu rodziców.
3. Pomoc telefoniczna i online. Wiele organizacji oferuje anonimowe linie wsparcia oraz platformy internetowe, gdzie dzieci mogą porozmawiać z wykwalifikowanymi specjalistami.
4. Zajęcia pozaszkolne. Programy sportowe, artystyczne czy edukacyjne mogą odgrywać ważną rolę w odciąganiu uwagi dziecka od stresu rodzinnego oraz budowaniu poczucia własnej wartości.

Dzieci rozwiedzionych rodziców, choć narażone na różnorodne wyzwania emocjonalne i społeczne, mogą skutecznie radzić sobie z trudnościami dzięki odpowiedniemu wsparciu. Kluczową rolę odgrywają szkoła, rodzina oraz insty-

tucje pomocowe, które wspólnie tworzą sieć wsparcia umożliwiającą dzieciom rozwój i adaptację. Dobrze zaprojektowane programy, takie jak CODIP, wsparcie emocjonalne bliskich oraz profesjonalna pomoc psychologiczna mogą znacząco minimalizować negatywne skutki rozwodu i zwiększać szanse dzieci na zdrowe i szczęśliwe życie.

Innym ważnym elementem wsparcia rodziny po rozwodzie może być terapia rodzinna, która pomaga rodzicom i dzieciom w poprawie komunikacji oraz wyrażaniu emocji. Istotne jest również podtrzymywanie relacji dziecka z obojgiem rodziców, jeśli jest to możliwe i służy jego dobru. Badania Ahrons [3] wskazują, że jakość relacji między rodzicami po rozwodzie może mieć długofalowe znaczenie dla relacji dzieci z rodzicami oraz innymi członkami rodziny. Szczególnie korzystne okazywały się relacje oparte na współpracy rodziców, które wiązały się z lepszym funkcjonowaniem więzi rodzinnych w późniejszym okresie życia.

Terapia rodzinna i utrzymywanie relacji z obojgiem rodziców

Terapia rodzinna jest jednym z najskuteczniejszych narzędzi wspierających dzieci i rodziców w radzeniu sobie z wyzwaniami związanymi z rozwodem. Jej cel stanowią poprawa komunikacji, wyrażania emocji oraz budowanie wzajemnego zrozumienia między członkami rodziny. Badania przeprowadzone przez Wallerstein i Lewis [5] wskazują, że rodziny, które korzystały z terapii, miały większe szanse na odbudowanie zdrowych relacji i zmniejszenie napięć wynikających z konfliktów okołorozwodowych. Terapia pomaga zarówno rodzicom, jak i dzieciom zrozumieć swoje potrzeby oraz wypracować strategie wspólnego radzenia sobie w nowej rzeczywistości rodzinnej.

Korzyści czerpane z terapii rodzinnej:

1. **Poprawa komunikacji.** Terapia umożliwia wszystkim członkom rodziny lepsze wyrażanie emocji i potrzeb, co pomaga w unikaniu eskalacji konfliktów. Dzieci mogą się czuć bardziej zrozumiane i otoczone opieką, co pozytywnie wpływa na ich poczucie bezpieczeństwa.
2. **Zmniejszenie stresu.** Regularne spotkania z terapeutą pozwalają na identyfikację i rozwiązywanie problemów emocjonalnych, co zmniejsza stres odczuwany zarówno przez dzieci, jak i rodziców.
3. **Budowanie współpracy rodziców.** W kontekście opieki nad dziećmi terapia może pomóc rodzicom lepiej współpracować, nawet jeśli ich relacje partnerskie uległy pogorszeniu. Dzięki temu dzieci mogą czerpać korzyści z bardziej stabilnego środowiska wychowawczego.
4. **Wsparcie dla dzieci.** Terapia pozwala dzieciom zrozumieć, że nie są winne rozwodu rodziców, co jest kluczowe dla ich zdrowia emocjonalnego.

Utrzymywanie relacji z obojgiem rodziców

Wyniki badań Ahrons [3] wskazują, że dzieci utrzymujące regularny kontakt z obojgiem rodziców po ich rozwodzie lepiej przystosowywały się do długofalowych konsekwencji tego wydarzenia. Relacja z obojgiem rodziców pozwala dziecku zachować równowagę emocjonalną oraz czerpać korzyści z dwóch różnych stylów rodzicielskich, co wspiera ich rozwój i samopoczucie.

Znaczenie regularnego kontaktu:

1. **Poczucie akceptacji i miłości.** Regularny kontakt z obojgiem rodziców pomaga dzieciom czuć się kochanymi i akceptowanymi przez obie strony, co wzmacnia ich poczucie własnej wartości.
2. **Redukcja konfliktów lojalnościowych.** Utrzymywanie relacji z obojgiem rodziców zmniejsza ryzyko, że dziecko będzie zmuszone do „opowiadania się" po jednej ze stron, co jest częstym źródłem stresu.
3. **Modelowanie zdrowych relacji.** Dzieci, które widzą, że ich rodzice potrafią współpracować po rozwodzie, uczą się, jak radzić sobie z konfliktami w sposób dojrzały i konstruktywny.

Rola planu wychowawczego

Skutecznym narzędziem wspierającym utrzymanie relacji dziecka z obojgiem rodziców jest plan wychowawczy. Jest to dokument, który szczegółowo określa podział obowiązków rodzicielskich oraz harmonogram kontaktów dziecka z każdym z rodziców. Plan taki może obejmować:

– regularne wizyty i kontakty telefoniczne lub online;
– wspólną obecność rodziców na ważnych wydarzeniach, takich jak urodziny, zawody sportowe czy występy szkolne;
– uzgodnienia dotyczące wakacji i dni wolnych.

Wsparcie instytucji i mediatorów

Instytucje pomocowe oraz mediatorzy odgrywają kluczową rolę w pomaganiu rodzicom w stworzeniu planu wychowawczego oraz w rozwiązywaniu konfliktów dotyczących opieki nad dziećmi. Dzięki mediacjom rodzice mogą uniknąć długotrwałych procesów sądowych i skupić się na najlepszym interesie dziecka.

Terapia rodzinna oraz utrzymywanie relacji z obojgiem rodziców to kluczowe elementy wspierające dzieci w radzeniu sobie z konsekwencjami rozwodu. Terapia pomaga w budowaniu zdrowej komunikacji i zmniejszaniu napięć, natomiast regularny kontakt z obojgiem rodziców pozwala dzieciom zachować równowagę emocjonalną oraz czerpać korzyści z obecności obydwojga opiekunów. Współpraca rodziców, wsparcie instytucji oraz dobrze zaprojektowany plan wychowawczy to fundamenty, które mogą znacząco wpłynąć na jakość życia dziecka po rozwodzie.

Bibliografia uwzględnia badania dotyczące zarówno terapii rodzinnej, jak i znaczenia utrzymywania relacji z obojgiem rodziców oraz skuteczności programów wsparcia dla dzieci rozwodników.

Promowanie otwartej komunikacji w rodzinie również odgrywa istotną rolę. Uczestnictwo w warsztatach, które pomagają rodzicom i dzieciom rozwodników w efektywnym wyrażaniu swoich potrzeb i obaw, jest często wskazywane jako kluczowy element budowania wzajemnego zrozumienia i ograniczania konfliktów w rodzinach po rozwodzie.

Przełamywanie stygmatyzacji rozwodów

W polskiej i międzynarodowej literaturze przedmiotu rozwód często bywa ujmowany w kategoriach patologii lub dysfunkcji rodziny. Takie podejście wynika z utrwalonych tradycyjnych wartości społecznych, które opierają się na przekonaniu, że jedynie pełna, biologiczna rodzina jest w stanie zapewnić dzieciom prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny. Jednak współczesne badania wskazują, że rodzina po rozwodzie, pomimo braku formalnej pełności, może funkcjonować równie dobrze jak tradycyjna rodzina, zapewniając dzieciom stabilność emocjonalną, wsparcie i pozytywne wzorce.

Funkcjonowanie rodzin po rozwodzie

Rodziny po rozwodzie mogą dostosować swoje struktury i mechanizmy działania, aby skutecznie zaspokajać potrzeby wszystkich członków. Badania, które przeprowadzili Amato [1] oraz Kelly i Emery [11], wykazały, że kluczowym czynnikiem zapewniającym dobrostan dzieci w takich rodzinach nie jest sama obecność obojga biologicznych rodziców, ale:

1. **Jakość relacji rodzicielskich.** Jeśli rodzice potrafią skutecznie współpracować i unikać konfliktów, dzieci rzadziej odczuwają negatywne skutki rozwodu.
2. **Stabilność emocjonalna i ekonomiczna.** Zapewnienie stabilnego środowiska wychowawczego jest istotniejsze niż formalna struktura rodziny.
3. **Wsparcie emocjonalne.** Wsparcie emocjonalne zarówno ze strony rodziców, jak i innych członków rodziny, takich jak dziadkowie czy rodzeństwo, pozwala dzieciom czuć się akceptowanymi i bezpiecznymi.

Rozwód jako zmiana, nie patologia

Współcześnie postrzega się rozwód jako jedno z możliwych doświadczeń rodzinnych, które nie musi prowadzić do negatywnych skutków, jeśli odpowiednio zadba się o proces adaptacji. Badania Hetherington i Kelly'ego [2] pokazują, że rodziny po rozwodzie mogą skutecznie budować nowe struktury i wzorce, które sprzyjają rozwojowi dzieci, o ile zachowują stabilność oraz umiejętność radzenia sobie z konfliktami.

Przełamywanie stygmatyzacji rozwodów wymaga zmiany narracji w społeczeństwie – przejścia od patologizacji tego zjawiska do postrzegania go jako wyzwania, z którym można skutecznie się zmierzyć. Wspierające instytucje, takie jak szkoły, organizacje społeczne czy grupy wsparcia, odgrywają kluczową rolę w normalizowaniu sytuacji rodzin po rozwodzie i wspieraniu ich w adaptacji.

Badania Hetherington i Kelly'ego [2] wykazują, że choć rozwód często wiąże się z wyzwaniami dla rodziny, nie oznacza on automatycznie jej dysfunkcjonalności. Autorzy podkreślają, że terminologia taka jak „rozbita rodzina" czy „rodzina zdezorganizowana" niesie ze sobą negatywną konotację, która może prowadzić do stygmatyzacji zarówno rodziców, jak i dzieci. Tymczasem rodziny po rozwodzie mogą być zdolne do skutecznego radzenia sobie z wyzwaniami, rozwijając nowe strategie adaptacyjne.

Podobnie Piotrowska [7] traktuje rozwód jako wydarzenie krytyczne czy kryzys życiowy dotykający osoby tworzące rodzinę.

Co więcej, Ahrons [3] sugeruje, że w rodzinach, w których konflikt między rodzicami był przewlekły, rozwód może być rozwiązaniem przynoszącym korzyści emocjonalne dzieciom. W takich przypadkach dzieci mogą postrzegać rozwód jako wydarzenie, które przyniosło ulgę i poprawiło jakość życia rodzinnego, eliminując źródło chronicznego stresu. Stygmatyzowanie tych rodzin jako „dysfunkcyjnych" może zatem być nieuzasadnione i krzywdzące.

Rozwód jako szansa na poprawę jakości życia

W wielu przypadkach rozwód rodziców jest krokiem umożliwiającym dzieciom doświadczenie zdrowych i harmonijnych relacji, które wcześniej były niemożliwe z powodu napięć w rodzinie. Oznacza możliwość zaznania równowagi emocjonalnej, pozbycia się uczucia lęku i tkwienia w stresie. Dorosłe dzieci rozwodników często podkreślają, że rozwód rodziców pozwolił im na budowanie głębszych więzi z każdym z rodziców z osobna, co w dłuższej perspektywie przyniosło korzyści emocjonalne.

Przykładem mogą być wyniki badań przeprowadzonych przez Wallerstein i Lewis [5]. Pokazują one, że dzieci z rodzin o wysokim poziomie konfliktu, które przeszły przez rozwód, osiągają lepsze wyniki w obszarze zdrowia psychicznego i społecznego, niż te, które pozostawały w takich rodzinach bez rozwodu. Autorzy podkreślają, że rozwód pozwala na przerwanie cyklu destrukcyjnych wzorców interakcji, co może sprzyjać rozwojowi pozytywnych relacji w dorosłym życiu dzieci.

Alternatywa dla tradycyjnych norm rodzinnych

Współczesne badania socjologiczne sugerują, że rodziny po rozwodzie powinny być traktowane jako alternatywna forma rodziny, a nie jej dysfunkcyjna wersja. Tradycyjne podejście do rodziny, które absolutyzuje jej „pełność", nie uwzględnia rzeczywistości wielu dzieci i rodziców [16]. Podejście to powinno być zastąpione bardziej inkluzywnym spojrzeniem, które uwzględnia różnorodność rodzinnych struktur i ich potencjał adaptacyjny.

Wnioski i rekomendacje

Wnioski

1. **Wpływ rozwodu na stres dorosłych dzieci jest długoterminowy.** Rozwód rodziców może oddziaływać na zdrowie psychiczne, relacje interpersonalne, stabilność zawodową oraz wsparcie społeczne dorosłych dzieci.
2. **Negatywne skutki można zminimalizować.** Odpowiednie wsparcie emocjonalne i psychologiczne może pomóc dorosłym dzieciom lepiej radzić sobie z konsekwencjami rozwodu.
3. **Konflikt rodzicielski jest kluczowym czynnikiem.** Jeśli rozwód redukuje napięcie i destrukcyjne konflikty w rodzinie, dzieci mogą postrzegać go jako pozytywne rozwiązanie.
4. **Rola otoczenia jest istotna.** Rodzice, pedagodzy i terapeuci powinni aktywnie wspierać dzieci, pomagając im przepracować trudne emocje i wyposażając je w strategie radzenia sobie z sytuacją.

Rekomendacje

1. **Wsparcie psychologiczne.** Dorosłe dzieci rozwiedzionych rodziców powinny mieć możliwość korzystania z terapii lub grup wsparcia, które pomogą im w lepszym zrozumieniu swoich emocji i relacji.
2. **Komunikacja i edukacja emocjonalna.** Rodzice powinni prowadzić otwarte rozmowy z dziećmi na temat zmian w rodzinie, unikając przenoszenia na nie własnych konfliktów i napięć.
3. **Budowanie odporności psychicznej.** Rozwijanie kompetencji emocjonalnych, takich jak radzenie sobie ze stresem czy budowanie zdrowych relacji, może pomóc dzieciom lepiej funkcjonować w dorosłym życiu.
4. **Unikanie angażowania dzieci w konflikty rodzicielskie.** Nawet dorosłe dzieci mogą negatywnie odczuwać rolę „pośrednika" między rozwiedzionymi rodzicami, dlatego ważne jest, aby nie obarczać ich emocjonalnie sytuacją.
5. **Wspieranie stabilności zawodowej i społecznej.** Dorosłe dzieci rozwiedzionych rodziców mogą potrzebować dodatkowego wsparcia w zakresie budowania poczucia własnej wartości, samodzielności i kompetencji społecznych.

Podsumowanie

Wpływ stresu związanego z rozwodem rodziców na dorosłe dzieci jest wieloaspektowy i złożony. Długotrwałe skutki tego doświadczenia obserwuje się w takich sferach życia człowieka, jak: zdrowie psychiczne, zdolność do budowania relacji, stabilność zawodowa. Choć rozwód rodziców stanowi znaczące wyzwanie, odpowiednie wsparcie może pomóc w minimalizacji jego szkodliwych konsekwencji. Jeśli rozwód ogranicza negatywne skutki konfliktu rodzicielskiego, dzieci mogą postrzegać go jako korzystną decyzję. Ważne jest, aby rodzice, pedagodzy i terapeuci zwracali szczególną uwagę na potrzeby dzieci w sytuacji rozwodu, aby

wspierać ich zdrowy rozwój i przygotowanie do dorosłego życia, minimalizując lub niwelując stres, który mu towarzyszy. Podsumowując, rozwód nie musi być wyłącznie negatywnym doświadczeniem. Jeśli zostanie przeprowadzony w sposób odpowiedzialny, a dzieci otrzymają właściwe wsparcie, mogą nawet dostrzec w nim korzyści, takie jak redukcja konfliktów czy poprawa jakości życia rodziny, unikając dzięki nim uczucia stresu niejednokrotnie permanentnego, który potrafi zaważyć na całym ich późniejszym życiu.

Bibliografia przedstawia wyniki badań wskazujących na złożoność zjawiska rozwodu i potencjał rodzin po rozwodzie do zapewnienia dzieciom odpowiednich warunków do rozwoju pod warunkiem stabilności emocjonalnej i jakości relacji między rodzicami.

Bibliografia

1. Amato P.R.: The consequences of divorce for adults and children, Journal of Marriage and Family, 2000; 62(4): 1269–1287. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x.
2. Hetherington, E.M., Kelly J.: For better or for worse: Divorce reconsidered, W.W. Norton, New York 2002.
3. Ahrons C.R.: Family ties after divorce: Long-term implications for children, Family Process, 2007; 46(1): 53–65. doi: 10.1111/j.1545-5300.2006.00191.x.
4. Wolfinger N.H.: Understanding the divorce cycle: The children of divorce in their own marriages, Cambridge University Press, Cambridge 2005.
5. Wallerstein J.S., Lewis J.M.: The unexpected legacy of divorce: Report of a 25-year study, Psychoanalytic Psychology, 2004; 21(3): 353–370. doi: 10.1037/0736-9735.21.3.353.
6. Biblarz T.J., Gottainer G.: Family structure and children's success: A comparison of widowed and divorced single-mother families, Journal of Marriage and Family, 2000; 62(2): 533–548. doi: 10.1111/j.1741-3737.2000.00533.x.
7. Piotrowska M.: Doświadczenie rozwodu rodziców z perspektywy dorosłego życia ich dzieci, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 2010; 146: 186–201.
8. Amato P.R., Keith B.: Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis, Psychological Bulletin, 1991; 110(1): 26–46. doi: 10.1037/0033-2909.110.1.26.
9. Demo D.H., Acock A.C.: The impact of divorce on children, Journal of Marriage and Family, 1988; 50(3): 619–648. doi: 10.2307/352634.
10. Hetherington E.M., Elmore A.M.: Risk and resilience in children coping with their parents' divorce and remarriage. W: Luthar S.S. (ed.): Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities, Cambridge University Press, Cambridge 2003: 182–212.

11. Kelly J.B., Emery R.E.: Children's adjustment following divorce: Risk and resilience perspectives, Family Relations, 2003; 52(4): 352–362. doi: 10.1111/j.1741-3729.2003.00352.x.
12. Tyszka Z.: Stan i przeobrażenia rodzin polskich na przełomie wieków XX i XXI. Niedawna przeszłość i teraźniejszość. W: Tyszka Z. (red.): Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2004: 15–24.
13. Lewicka M.: Dziecko w sytuacji rozwodu rodziców. Implikacje pedagogiczne, Teologia i Moralność, 2021; 16(1): 93–108. doi: 10.14746/TIM.2021.29.1.6.
14. Nowak B.M.: Rodzina w kryzysie. Studium resocjalizacyjne, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
15. Pedro-Carroll J.L.: Fostering resilience in the aftermath of divorce: The role of evidence-based programs for children, Family Court Review, 2005; 43(1): 52–64. doi: 10.1111/j.1744-1617.2005.00007.x.
16. Tyszka Z. (red.): Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2001.

7. Wartość zdrowia a zachowania zdrowotne studentów kierunku pielęgniarstwo

The value of health and health behaviors of nursing students

Agata Dziedzic[1, a], Marta Cebulak[2, b]

[1] Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu
Medical Care Center in Jarosław
[2] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław

[a] https://orcid.org/0009-0002-5015-4270
[b] https://orcid.org/0000-0001-6580-8703

Abstrakt

Wstęp: Zdrowie uważane jest za jedną z najważniejszych wartości w życiu i zajmuje wysoką pozycję w hierarchii wartości, jakie człowiek uznaje. W głównej mierze determinowane jest przez styl życia i wynikające z niego zachowania zdrowotne. Szczególnego znaczenia nabiera dla przyszłej kadry medycznej, jaką stanowią studenci pielęgniarstwa. Ich postawy i zachowania wobec zdrowia mają wpływ nie tylko na ich własne zdrowie, ale również na zdrowie ich najbliższych i osób, wobec których w przyszłości będą realizować świadczenia zdrowotne. Kluczowym elementem studiów na tym kierunku powinny być zatem kształtowanie zachowań sprzyjających zdrowiu i budowanie poczucia odpowiedzialności zarówno za zdrowie własne, najbliższych, jak i przyszłych pacjentów.

Cel badań: Celem badań było określenie pozycji zdrowia w systemie wartości studentów kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia) oraz jej wpływu na realizowane zachowania zdrowotne.

Materiał i metody: W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z techniką ankiety oraz następujące narzędzia badawcze: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i Listę Wartości Osobistych (LWO) autorstwa Juczyńskiego [7] oraz kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Badaniami objęto 105 studentów kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia) Państwowej Akademii Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki i wnioski: Najważniejszymi wartościami w życiu badanych osób były: dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna (3,65 pkt) oraz miłość i przyjaźń (3,64 pkt). Zdrowie było jedną z najważniejszych wartości w systemie wartości badanych studentów kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia). Niektóre czynniki socjodemograficzne – wiek, płeć, stan cywilny, status zawodowy – istotnie statystycznie różnicowały pozycję zdrowia w systemie wartości uczestników badania. Wykazano, że miłość i przyjaźń miały większe znaczenie w życiu dla osób

młodszych, w wieku do 30 lat, aniżeli dla osób starszych, powyżej 30. roku życia. Wiedza, mądrość okazały się bardziej istotne dla osób czynnych zawodowo niż dla tych wyłącznie studiujących, zawodowo nieaktywnych. Radość, zadowolenie były jako wartości ważniejsze w życiu kobiet aniżeli mężczyzn.

Najważniejsze symbole szczęścia deklarowane przez badanych studentów to dobre zdrowie, udane życie rodzinne, wykonywanie ulubionej pracy, zawodu. Jako czynniki decydujące o szczęściu osobistym na podstawie LWO badani wskazywali w stopniu najwyższym dobre zdrowie (4,02 pkt) oraz udane życie rodzinne (3,36 pkt).

Poziom zachowań sprzyjających zdrowiu badanych studentów pielęgniarstwa był niski lub przeciętny. Najwięcej badanych cechowało się przeciętnym (41,9%) oraz niskim poziomem zachowań zdrowotnych (41,0%), wysoki zaś poziom zachowań zdrowotnych charakteryzował 17,1% respondentów. Wykazano, że osoby w wieku do 30 lat cechowały się wyższym poziomem praktyk zdrowotnych niż badani powyżej 30. roku życia; podobnie było w przypadku osób stanu wolnego w porównaniu z osobami w związku małżeńskim.

Z analizy statystycznej wynika brak związku pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych osób a pozycją, jaką w systemie ich wartości zajmowało zdrowie. Pozycja zdrowia nie miała również wpływu na poziom zachowań zdrowotnych z czterech kategorii zachowań zdrowotnych.

Słowa kluczowe: wartość zdrowia, zachowania zdrowotne, pielęgniarstwo.

Abstract

Introduction: The value of health is considered one of the most important values in a person's life and ranks high in the hierarchy of values he or she recognizes. Health is mainly determined by lifestyle and the resulting health behaviors. The importance of the value of health for the future medical workforce, which is nursing students, takes on a special dimension. Their attitudes and behaviors toward health not only affect their own health, but also the health of their loved ones as well as the patients to whom they will provide medical services in the future. The key element, therefore, should be the formation of health-promoting behaviors and the building of a sense of responsibility for both their own health, their loved ones and the people to whom the future nurse or nurse practitioner will provide medical services.

Purpose of the study: The purpose of the present study was to determine the position of health in the value system of undergraduate nursing students and its influence on the realized health behavior.

Material and methods: The study used a diagnostic survey method with a questionnaire technique. The research tools used in the study were the Health Behavior Inventory questionnaire and the List of Values. The study included 105 undergraduate nursing students of the State Academy of Applied Sciences in Jarosław. The level of statistical significance was taken as $p < 0.05$.

Results and conclusions: The most important values in the lives of the subjects were good health, physical and mental fitness (3.65 points) and love and friendship (3.64 points). Health was one of the most important values in the value system of the surveyed undergraduate nursing students. Some sociodemographic factors, i.e. age, gender, marital status, occupational status, statistically significantly differentiate the position of health in the value system of the studied students. It was shown that love and friendship were more important in life for younger people under 30 than for older people over 30. Knowledge, wisdom as more important life values were indicated by those who were professionally active than by those who were only studying, professionally inactive. Joy, contentment were indicated as more important values in the lives of women than men.

The most important symbols of happiness declared by the surveyed undergraduate nursing students were a successful family life, good health, doing their favorite job. As factors determining personal happiness on the basis of the Personal Values List questionnaire, the respondents indicated good health (4.02 points) and a successful family life (3.36 points) to the highest degree. The level of health behavior of the nursing students surveyed remains at a low or moderate level. Most of the respondents were characterized by an average (41.9%) and low level of health behavior (41.0%), while a high level of health behavior was characterized by 17.1% of the respondents. It was shown that a higher level of health practices was characterized by those under 30 years of age than those over 30, as well as those who were single compared to those who were married. There was no relationship between the health behavior of the subjects and the position that health occupied in their value system. The position of health also had no effect on the level of health behavior from the four categories of health behawior.

Keywords: value of health, health behavior, nursing.

Wstęp

Rozwój osobisty, dążenie do osiągnięcia sukcesu życiowego, szczęścia, wysokiej pozycji zawodowej, społecznej czy też materialnej są uwarunkowane przez wartości, jakie człowiek uznaje i jakie pragnie realizować w swoim życiu. Pośród nich zdrowie jest uważane za jedną z najważniejszych wartości, która determinuje wszystkie osiągnięcia człowieka, zarówno te osobiste, zawodowe, jak i społeczne. Szczególnego znaczenia nabiera ono jako wartość dla przyszłej kadry medycznej, którą stanowią m.in. studenci pielęgniarstwa. To od postaw i zachowań zdrowotnych przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy zależy kondycja zdrowotna nie tylko ich samych, ale również społeczeństwa. Pielęgniarstwo to dziedzina, która wymaga wiedzy i umiejętności klinicznych, a ponadto głębokiego zrozumienia znaczenia zdrowia i zachowań zdrowotnych, które mają wpływ na jego kształtowanie, utrzymanie i wzmacnianie. Studenci pielęgniarstwa od początku procesu kształcenia są wprowadzani w tematykę kompleksowej opieki zdrowotnej, w której zdrowie jest nie tylko fizycznym stanem, lecz także psychospołecznym i duchowym dobrostanem jednostki oraz społeczeństwa.

Przez pojęcie wartości rozumie się wszystko to, co cenne, pożądane, co stanowi cel ludzkich dążeń. System wartości to zbiór przekonań, norm i ideałów, które kształtują sposób, w jaki jednostka lub społeczeństwo rozumieją świat, podejmują decyzje i oceniają postępowanie. Jest to swoisty kodeks moralny, który determinuje, co jest uważane za dobre, złe, ważne lub nieistotne. System wartości może być kształtowany przez wiele czynników, takich jak kultura, religia, doświadczenia życiowe, edukacja czy wpływ społeczności, w której człowiek żyje. Odgrywa on kluczową rolę w życiu każdego człowieka, który dokonując codziennych wyborów, kieruje się własną hierarchią wartości, a bez odniesienia do wartości gubi poczucie sensu zarówno w życiu osobistym, jak i zawodowym [1, 2].

Kształtowanie odpowiedzialności za własne zdrowie rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie. Ogromny wpływ na zachowania i postawy człowieka wywierają rodzina, grupa rówieśnicza i środowisko, w jakim żyje. Szczególnie ważne jest to, jakie miejsce zajmuje zdrowie w hierarchii wartości osób z otoczenia i czy wartości te mają swoje odzwierciedlenie w codziennych zachowaniach [3].

Styl życia jest główną determinantą, która oddziałuje na stan zdrowia człowieka. Zachowania zdrowotne z niego wynikające są kształtowane przez okres całego życia, w głównej mierze jednak w dzieciństwie i okresie dorastania [4]. Obecnie, pomimo ciągle rosnącej liczby zagrożeń i zachowań destrukcyjnych towarzyszących postępowi cywilizacyjnemu, zaczęła panować moda na prowadzenie zdrowego stylu życia. W znacznej mierze wpływa to pozytywnie na stan zdrowia, a co za tym idzie na jakość życia. Dlatego niezmiernie ważne są świadomość własnych zachowań, umiejętność zapobiegania sytuacjom zagrażającym zdrowiu oraz motywacja do działań je wzmacniających. Istotne znaczenie mają zachowania prewencyjne, samokontrola, samobadanie oraz prowadzenie badań profilaktycznych. Kluczowe jest niepodejmowanie zachowań ryzykownych, takich jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, leków, stosowanie innych substancji psychoaktywnych [5]. Każdy człowiek poprzez intencjonalne działania dysponuje swoim zdrowiem i sam decyduje, co jest dla niego dobre, a co nie. Dzięki temu kontroluje własne potrzeby zdrowotne. Kształtowanie zachowań zdrowotnych jest zatem procesem wielowymiarowym, obejmującym świadomość, edukację oraz motywację [6].

Kształtowanie zachowań zdrowotnych to proces indywidualny i złożony, wymagający ciągłego wysiłku i zaangażowania, który obejmuje wiele różnych czynników, takich jak predyspozycje jednostki, społeczne otoczenie, dostępność zasobów czy wyzwania życiowe. Jednakże podejmowanie wysiłku w celu dbania o swoje zdrowie jest inwestycją w lepszą jakość życia jednostki, a tym samym społeczeństwa [6].

Cel badań

Celem badań było określenie pozycji zdrowia w systemie wartości studentów kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia) oraz jej wpływu na realizowane zachowania zdrowotne.

Materiał i metoda badań

Badania przeprowadzono wśród studentów drugiego roku kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia) Państwowej Akademii Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu (PANS) w styczniu 2024 roku w ramach pracy dyplomowej. Objęto nimi 116 osób. Przed rozpoczęciem badań uzyskano pozytywną opinię na temat projektu badawczego wydaną przez Zespół ds. Etyki Badań Naukowych przy Wydziale Ochrony Zdrowia PANS w Jarosławiu (opinia 3/2024 r. z 4 stycznia 2024 roku). Zgody na przeprowadzenie badań udzielił Rektor PANS w Jarosławiu. Wszystkie osoby uczestniczące w badaniach zostały poinformowane o celu badań, zachowaniu zasad anonimowości, sposobie wypełniania kwestionariuszy oraz wyraziły pisemną, dobrowolną zgodę na udział w badaniach. Łącznie przebadano 116 osób, jednak po przeanalizowaniu zebranego materiału badawczego do dalszych badań zakwalifikowano narzędzia badawcze poprawnie uzupełnione przez 105 badanych.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego oraz techniką ankiety, z zastosowaniem Listy Wartości Osobistych (LWO) i Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego, które pozyskano z Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego [7], oraz kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, zawierającego pytania dotyczące wybranych danych socjodemograficznych.

LWO umożliwia oszacowanie wartości, jaką przypisuje się zdrowiu w kontekście innych ważnych dla człowieka wartości. Badany spośród wymienionych 10 wartości wybiera 5 i przyporządkowuje im odpowiednie punkty: 5 – wartość ceniona najwyżej, kolejno 4, 3, 2, oraz 1 – wartość spośród wybranych ceniona najmniej. LWO obejmuje takie wartości, jak:

1. Miłość i przyjaźń.
2. Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna.
3. Poczucie humoru, dowcip.
4. Inteligencja, bystrość umysłu.
5. Wiedza i mądrość.
6. Radość, zadowolenie.
7. Odwaga, stanowczość.
8. Dobroć, delikatność.
9. Ładny wygląd zewnętrzny, prezencja.
10. Bogactwo, majątek [7].

Badany w kwestionariuszu LWO dokonuje również wyboru spośród wymienionych 9 symboli szczęścia, wskazując 5 najważniejszych i przypisując im, odpowiednio do uznanej przez siebie rangi, punkty: 5 – dla najwyżej cenionego symbolu szczęścia, kolejno 4, 3, 2 oraz 1 – dla najmniej cenionego symbolu szczęścia. Lista symboli szczęścia obejmuje:

1. Duży krąg przyjaciół.
2. Udane życie rodzinne.
3. Wykonywanie ulubionej pracy, zawodu.
4. Sukcesy w nauce, pracy.

5. Dobre zdrowie.
6. Bycie potrzebnym dla innych ludzi.
7. Dobre warunki materialne.
8. Życie pełne przygód, podróży.
9. Sława, popularność [7].

Z kolei w IZZ zawarte są 24 stwierdzenia dotyczące zachowań zdrowotnych oraz pozycja 25 opatrzona mianem „inne", gdzie badany może wpisać dowolnie uznane przez siebie zachowanie związane ze zdrowiem, które podejmuje.

Zgodnie z poleceniem badany powinien wskazać, jak często w ciągu roku podejmuje wymienione zachowania zdrowotne, przyporządkowując każdemu ze stwierdzeń odpowiednią liczbę: 5 – prawie zawsze, 4 – często, 3 – od czasu do czasu, 2 – rzadko, 1 – prawie nigdy. By uzyskać ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych, wartości liczbowe się sumuje. Łącznie można uzyskać od 24 do 120 pkt [7]. Wyniki punktowe przekształca się na jednostki standaryzowane w skali stenowej, oddzielnie dla kobiet i mężczyzn (tabela 1).

Tabela 1. Standaryzowane jednostki zachowań zdrowotnych w IZZ w skali stenowej: tymczasowe normy polskie (1998–1999)

Mężczyźni (N = 235)	Sten	Kobiety (N = 261)
Wynik surowy		Wynik surowy
24–50	1	24–53
51–58	2	54–62
59–65	3	63–70
66–71	4	71–77
72–78	5	78–84
79–86	6	85–91
87–93	7	92–98
94–101	8	99–104
102–108	9	105–111
109–120	10	112–120

Źródło: [7, s. 114].

Uzyskane wyniki stenowe interpretuje się następująco:
- od 1 do 4 stenów – niskie nasilenie zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu;
- od 5 do 6 stenów – przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu;
- od 7 do 10 stenów – wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu.

Nasilenie zachowań zdrowotnych ocenia się również w czterech kategoriach:
- nawyków żywieniowych (pozycje w IZZ: 1, 5, 9, 13, 17, 21);
- zachowań profilaktycznych (pozycje w IZZ: 2, 6, 10, 14, 18, 22);

– pozytywnego nastawienia psychicznego (pozycje w IZZ: 3, 7, 11, 15, 19, 23);
– praktyk zdrowotnych (pozycje w IZZ: 4, 8, 12, 16, 20, 24).

W każdej z kategorii zachowań zdrowotnych badani mogą uzyskać od 6 do 30 pkt, a wyższy wynik oznacza większe nasilenie wskazanych zachowań sprzyjających zdrowiu [7].

Zebrany materiał badawczy poddano analizie statystycznej za pomocą programu Statistica 13.3 firmy StatSoft. Analizę statystyczną zmiennych ilościowych przeprowadzono za pomocą testów *U* Manna–Whitneya i korelacji rang Spearmana. Oceny zgodności rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym dokonano za pomocą testu *W* Shapiro–Wilka, do oceny zaś jednorodności wariancji użyto testu Levene'a [8]. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$. Dane ilościowe przedstawiono w postaci statystyk opisowych, takich jak: średnia, mediana, wartość minimalna i maksymalna, pierwszy i trzeci kwartyl oraz odchylenie standardowe. Dane jakościowe zaprezentowano w postaci częstości – liczbowo i procentowo.

Wyniki

Badani studenci drugiego roku kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia) PANS w Jarosławiu to osoby w wieku od 19 do 50 lat. Średnia wieku wyniosła 26,55 lat ± 8,01 lat. Prawie połowę badanych (46,7%; *N* = 49) stanowili studenci w wieku 21–30 lat, ponad jedną czwartą (27,6%; *N* = 29) – osoby w wieku 18–20 lat, a nieco mniej uczestników badania (25,7%; *N* = 27) było w wieku powyżej 30 lat. Wśród badanych 92,4% stanowiły kobiety (*N* = 97), a 7,6% – mężczyźni (*N* = 8). Ponad połowa badanych (59%; *N* = 62) to mieszkańcy wsi, natomiast 41,0% (*N* = 43) to mieszkańcy miasta. Prawie połowę badanych (49,5%; *N* = 52) stanowiły osoby stanu wolnego, prawie jedną trzecią (31,4%; *N* = 33) – osoby będące w związku małżeńskim, 16,2% (*N* = 17) – osoby w wolnym związku. Dwie osoby były rozwiedzione (1,9%), a jedna osoba była owdowiała (1,0%). Prawie 2/3 badanych (63,8%; *N* = 67) nie pracowało zawodowo. Pracę w zawodzie innym niż zawód medyczny wykonywało 20,0% (*N* = 21) respondentów, a w zawodzie medycznym pracowało 16,2% (*N* = 17) badanych.

Najwyżej cenioną wartością w życiu badanych były „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna" (3,65 pkt), drugą pozycję wśród najwyżej cenionych wartości zajęły „miłość, przyjaźń" (3,64 pkt). W dalszej kolejności znaczenie dla studentów miały takie wartości, jak: „radość, zadowolenie" (1,94 pkt), „inteligencja, bystrość umysłu" (1,7 pkt) oraz „wiedza, mądrość" (1,29 pkt). „Poczucie humoru, dowcip" (0,43), „odwaga i stanowczość" (0,73), „dobroć i delikatność" (0,84), „ładny wygląd zewnętrzny i prezencja" (0,46) oraz „bogactwo i majątek" (0,32) zostały ocenione przez badanych nisko (tabela 2).

„Miłość, przyjaźń" miały większe znaczenie w życiu dla osób młodszych, do 30. roku życia, niż dla starszych, powyżej 30. roku życia. „Wiedza, mądrość" okazały się bardziej istotne dla osób czynnych zawodowo niż dla wyłącznie studiujących, zawodowo nieaktywnych. Z kolei „radość, zadowolenie" były jako wartości ważniejsze w życiu kobiet aniżeli mężczyzn.

Tabela 2. Najważniejsze wartości życiowe według badanych na podstawie kwestionariusza LWO

Lp.	Wartości życiowe		Podstawowe statystyki opisowe							
			Średnia	Odch. std.	0 pkt	1 pkt	2 pkt	3 pkt	4 pkt	5 pkt
1.	Miłość, przyjaźń	*N*	3,64	1,59	5	13	8	6	30	43
		%			4,8	12,4	7,6	5,7	28,6	41,0
2.	Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	*N*	3,65	1,59	8	7	10	4	36	40
		%			7,6	6,7	9,5	3,8	34,3	38,1
3.	Poczucie humoru, dowcip	*N*	0,43	1,10	87	6	3	5	2	2
		%			82,9	5,7	2,9	4,8	1,9	1,9
4.	Inteligencja, bystrość umysłu	*N*	1,70	1,58	39	10	18	23	11	4
		%			37,1	9,5	17,1	21,9	10,5	3,8
5.	Wiedza, mądrość	*N*	1,29	1,51	54	9	11	21	9	1
		%			51,4	8,6	10,5	20,0	8,6	1,0
6.	Radość, zadowolenie	*N*	1,94	1,54	31	8	21	32	7	6
		%			29,5	7,6	20,0	30,5	6,7	5,7
7.	Odwaga, stanowczość	*N*	0,73	1,30	69	17	7	6	2	4
		%			65,7	16,2	6,7	5,7	1,9	3,8
8.	Dobroć, delikatność	*N*	0,84	1,18	59	18	21	2	3	2
		%			56,2	17,1	20,0	1,9	2,9	1,9
9.	Ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	*N*	0,46	1,07	83	10	4	3	4	1
		%			79,0	9,5	3,8	2,9	3,8	1,0
10.	Bogactwo, majątek	*N*	0,32	0,97	90	7	2	3	1	2
		%			85,7	6,7	1,9	2,9	1,0	1,9

Źródło: badanie własne.

Z analizy zgromadzonego materiału wynika, że „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna" były najwyżej cenioną wartością w systemie wartości badanych studentów kierunku pielęgniarstwo (studiów pierwszego stopnia) (3,65 pkt), podobnie jak „miłość, przyjaźń" (3,64 pkt). W dalszej kolejności cenionymi wartościami dla osób badanych były: „radość, zadowolenie" (1,94 pkt), „inteligencja, bystrość umysłu" (1,7 pkt) oraz „wiedza, mądrość" (1,29 pkt).

Spośród najważniejszych symboli szczęścia na podstawie LWO badani oceniali najwyżej „dobre zdrowie" (4,02 pkt). Drugie miejsce zajęło „udane życie rodzinne" (3,36 pkt). Kolejnym ważnym dla studentów symbolem szczęścia było „wykonywanie ulubionej pracy, zawodu" (2,11 pkt). W dalszej kolejności badani wskazywali następujące symbole szczęścia: „dobre warunki materialne" (1,84 pkt), „bycie potrzebnym dla innych ludzi" (1,24 pkt) oraz „sukcesy w pracy, nauce" (1,21 pkt). Najmniej ważnym symbolem szczęścia dla badanych studentów były „sława, popularność" (0,01 pkt). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Najważniejsze symbole szczęścia według badanych na podstawie kwestionariusza LWO

Lp.	Czynniki decydujące o szczęściu osobistym na podstawie kwestionariusza LWO		Podstawowe statystyki opisowe							
			Średnia	Odch. std.	0 pkt	1 pkt	2 pkt	3 pkt	4 pkt	5 pkt
1.	Duży krąg przyjaciół	*N*	0,50	1,00	79	9	9	6	2	0
		%			75,2	8,6	8,6	5,7	1,9	0,0
2.	Udane życie rodzinne	*N*	3,36	1,57	9	8	11	12	38	27
		%			8,6	7,6	10,5	11,4	36,2	25,7
3.	Wykonywanie ulubionej pracy, zawodu	*N*	2,11	1,35	18	14	29	30	10	4
		%			17,1	13,3	27,6	28,6	9,5	3,8
4.	Sukcesy w pracy, nauce	*N*	1,21	1,58	54	16	13	10	5	7
		%			51,4	15,2	12,4	9,5	4,8	6,7
5.	Dobre zdrowie	*N*	4,02	1,37	0	12	6	6	25	56
		%			0,0	11,4	5,7	5,7	23,8	53,3
6.	Bycie potrzebnym dla innych ludzi	*N*	1,24	1,54	55	9	17	13	7	4
		%			52,4	8,6	16,2	12,4	6,7	3,8
7.	Dobre warunki materialne	*N*	1,84	1,53	28	22	14	26	10	5
		%			26,7	21,0	13,3	24,8	9,5	4,8
8.	Życie pełne przygód, podróży	*N*	0,76	1,36	71	14	7	2	9	2
		%			67,6	13,3	6,7	1,9	8,6	1,9
9.	Sława, popularność	*N*	0,01	0,10	104	1	0	0	0	0
		%			99,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Źródło: badanie własne.

Oceny zachowań zdrowotnych badanych dokonano przy użyciu IZZ. Wśród studentów nasilenie deklarowanych zachowań sprzyjających zdrowiu wyniosło średnio 79,89 pkt ± 10,47 pkt. Najniższą oceną był wynik na poziomie 47 pkt, a najwyższą – wynik na poziomie 106 pkt (tabela 4).

Tabela 4. Ogólny poziom zachowań zdrowotnych na podstawie skali IZZ – wyniki surowe

Lp.	Punktacja skali IZZ [24–120 pkt]	Podstawowe statystyki opisowe						
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Kwartyl I	Kwartyl III	Odch. std.
1.	Zachowania zdrowotne	79,89	80,00	47,00	106,00	74,00	87,00	10,47

Źródło: badanie własne.

Uzyskane surowe wyniki nasilenia zachowań zdrowotnych osób badanych przeliczono na wartości stenowe zgodnie z kluczem przyjętym dla kwestionariusza IZZ [7].

Średni wynik badanych mieścił się na poziomie 5. stena. Najniższe wyniki znajdowały się na poziomie 1. stena, a najwyższe – na poziomie 9. stena. Zakres wartości najczęstszych mieścił się w przedziale od 4. do 6. stena (tabela 5).

Tabela 5. Ogólny poziom zachowań zdrowotnych na podstawie skali IZZ – wyniki w przeliczeniu na steny

Lp.	Wartości stenowe IZZ [1–10 stenów]	Podstawowe statystyki opisowe						
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Kwartyl I	Kwartyl III	Odch. std.
1.	Zachowania zdrowotne	4,92	5,00	1,00	9,00	4,00	6,00	1,52

Źródło: badanie własne.

Poziom nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu osób badanych był przeciętny (41,9%; *N* = 44) oraz niski (41,0%; *N* = 43). Wysoki poziom tego rodzaju zachowań odnotowano wśród jedynie 17,1% (*N* = 18) studentów (tabela 6).

Tabela 6. Nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu według IZZ

Lp.	Nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych na podstawie skali IZZ	Liczba	%
1.	Niskie (1–4 steny)	43	41,0
2.	Przeciętne (5–6 stenów)	44	41,9
3.	Wysokie (7–10 stenów)	18	17,1
4.	Razem	105	100,0

Źródło: badanie własne.

Ze szczegółowej analizy wynika, że najwięcej badanych wskazało na realizację następujących zachowań zdrowotnych: posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego (4,16 pkt), przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z badań (4,07 pkt) oraz podejmowanie działań w celu uzyskania informacji medycznych i zrozumienia przyczyny zdrowia i choroby (4,06 pkt). W dalszej kolejności badani wskazali, że jedzą dużo warzyw, owoców (3,9 pkt), unikają przeziębień (3,84 pkt), myślą pozytywnie (3,82 pkt) oraz ograniczają palenie tytoniu (3,78 pkt). Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Zachowania zdrowotne badanych według IZZ

Lp.	Stosunek do stwierdzeń (skala 1–5 pkt)	Średnia	Odch. std.
1.	Jem dużo warzyw, owoców	3,90	0,73
2.	Unikam przeziębień	3,84	1,07
3.	Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	3,30	1,06
4.	Wystarczająco dużo odpoczywam	2,64	0,99
5.	Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	2,93	1,02

6.	Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	2,81	1,79
7.	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	3,22	1,13
8.	Unikam przepracowania	2,51	0,95
9.	Dbam o prawidłowe odżywianie	3,69	0,95
10.	Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	4,07	0,84
11.	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	2,88	1,03
12.	Kontroluję swoją wagę ciała	3,49	1,22
13.	Unikam spożywania żywności z konserwantami	3,06	1,02
14.	Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	3,26	1,09
15.	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	4,16	1,04
16.	Wystarczająco dużo śpię	2,97	1,05
17.	Unikam soli i silnie solonej żywności	2,97	1,03
18.	Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	2,83	1,16
19.	Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	3,33	0,97
20.	Ograniczam palenie tytoniu	3,78	1,64
21.	Jem pieczywo pełnoziarniste	3,50	1,08
22.	Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	4,06	0,83
23.	Myślę pozytywnie	3,82	0,99
24.	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	2,89	1,04

Źródło: badanie własne.

Spośród czterech kategorii zachowań zdrowotnych wyodrębnionych w kwestionariuszu IZZ badani na podobnym poziomie podejmowali zachowania profilaktyczne (20,86 pkt), zachowania dotyczące pozytywnego nastawienia psychicznego (20,71 pkt) oraz prawidłowych nawyków żywieniowych (20,04 pkt). Nieco niższą punktację otrzymały praktyki zdrowotne (18,28 pkt). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Kategorie zachowań zdrowotnych badanych według IZZ

Lp.	Kategorie IZZ [6–30 pkt]	Podstawowe statystyki opisowe						
		Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Kwartyl I	Kwartyl III	Odch. std.
1.	Prawidłowe nawyki żywieniowe	20,04	20,00	9,00	30,00	17,00	23,00	3,95
2.	Zachowania profilaktyczne	20,86	21,00	11,00	29,00	19,00	24,00	3,93
3.	Pozytywne nastawienie psychiczne	20,71	21,00	10,00	29,00	18,00	23,00	3,78
4.	Praktyki zdrowotne	18,28	19,00	9,00	28,00	16,00	21,00	3,69

Źródło: badanie własne.

Analiza zebranego materiału wykazała, że nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu większości badanych osób utrzymywało się na poziomie przeciętnym

i niskim. Niektóre wybrane czynniki socjodemograficzne wpływały istotnie na zachowania zdrowotne studentów. Były to wiek oraz stan cywilny, które korelowały z praktykami zdrowotnymi. Płeć, miejsce zamieszkania i status zawodowy nie miały istotnego wpływu na zachowania zdrowotne badanych. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. Wyniki kwestionariusza IZZ w czterech kategoriach zachowań zdrowotnych a czynniki socjodemograficzne

Lp.	Zachowania zdrowotne	Czynniki socjodemograficzne a poziom istotności statystycznej (*p*)				
		Płeć	Wiek	Miejsce zamieszkania	Stan cywilny	Status zawodowy
1.	Prawidłowe nawyki żywieniowe	0,814	0,950	0,314	0,661	0,739
2.	Zachowania profilaktyczne	0,961	0,725	0,419	0,882	0,971
3.	Pozytywne nastawienie psychiczne	0,216	0,128	0,961	0,120	0,410
4.	Praktyki zdrowotne	0,578	**0,027**	0,812	**0,016**	0,141
5.	IZZ	0,440	0,750	0,961	0,564	0,426

Źródło: badanie własne.

Osoby w wieku do 30 lat oraz badani stanu wolnego uzyskiwali wyższe oceny w kategorii zachowań dotyczących praktyk zdrowotnych w porównaniu z osobami starszymi oraz w związku małżeńskim (tabela 10).

Tabela 10. Kategorie zachowań zdrowotnych a istotne czynniki socjodemograficzne

Lp.	Zmienna	Czynnik warunkujący	Średnia	Odch. std.
1.	Praktyki zdrowotne	Do 30 lat	**18,80**	**3,52**
		Powyżej 30 lat	16,74	3,79
		Stan cywilny: wolny	**18,87**	**3,33**
		Stan cywilny: w związku małżeńskim	16,96	4,13

Źródło: badanie własne.

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała brak związku pomiędzy nasileniem zachowań zdrowotnych badanych a pozycją, jaką w systemie wartości zajęło zdrowie. Pozycja zdrowia w systemie wartości badanych studentów nie miała również wpływu na żadną z czterech kategorii zachowań zdrowotnych deklarowanych przez osoby badane (tabela 11).

Tabela 11. Pozycja zdrowia w systemie wartości badanych a zachowania zdrowotne studentów

Lp.	Zmienne	*R*	*p*
1.	Pozycja zdrowia w systemie wartości a zachowania zdrowotne	0,07	0,510
2.	Pozycja zdrowia w systemie wartości a prawidłowe nawyki żywieniowe	–0,11	0,279
3.	Pozycja zdrowia w systemie wartości a zachowania profilaktyczne	0,05	0,623
4.	Pozycja zdrowia w systemie wartości a pozytywne nastawienie psychiczne	0,10	0,309
5.	Pozycja zdrowia w systemie wartości a praktyki zdrowotne	0,14	0,154

R – wartość testu korelacji rang Spearmana; *p* – wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Źródło: badanie własne.

Dyskusja

System wartości wpływa na podejmowanie decyzji oraz codzienne zachowania każdej osoby. Stanowi fundament dla norm moralnych i etycznych, które kształtują postępowanie i współżycie w społeczeństwie. Pomaga definiować swoją tożsamość i poczucie własnej wartości poprzez identyfikację z określonymi ideałami i przekonaniami. Szczególną wartością jest zdrowie, które zajmuje ważne miejsce w hierarchii wartości każdej osoby [9–11].

W odniesieniu do zdrowia jako wartości istnieje jednak paradoks. Z jednej strony jest wartością, powszechnie uznawaną i wysoko cenioną, z drugiej strony nie znajduje to odzwierciedlenia w zachowaniach sprzyjających zdrowiu. Pozostaje więc wartością deklarowaną, a nie realizowaną [12].

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że najważniejszymi wartościami w życiu badanych studentów kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia) były: „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna", następnie „miłość, przyjaźń", kolejno „radość, zadowolenie", „inteligencja, bystrość umysłu", „wiedza i mądrość". Ostatnie miejsce wśród uznawanych wartości badanych studentów zajęły „bogactwo i majątek". Pośród najważniejszych dla badanych studentów symboli szczęścia najwyższą pozycję zajęło „dobre zdrowie", na następnych uplasowały się „udane życie rodzinne", „wykonywanie ulubionej pracy, zawodu", w dalszej kolejności „dobre warunki materialne" oraz „bycie potrzebnym dla innych ludzi". Najmniej ważnym symbolem szczęścia dla badanych studentów były „sława, popularność".

Podobne wyniki badań uzyskali Ślusarska i wsp. Przeprowadzili oni badania mające na celu poznanie wartości osobistych i symboli szczęścia pielęgniarek pracujących zawodowo. Badaniem objęto 200 pielęgniarek zatrudnionych w kilku szpitalach w Lublinie oraz pielęgniarek pracujących, doskonalących swoje kwalifikacje w ramach studiów pomostowych na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Korzystano ze standaryzowanej LWO. Badania wykazały, że pielęgniarki najwyżej cenią: „dobre zdrowie, sprawność fizyczną i psychiczną", następnie „miłość, przyjaźń", kolejno „wiedzę i mądrość", „inteligencję i bystrość umysłu" oraz „radość i zadowolenie". Ostatnie miejsce wśród wartości uznawanych przez badane pielęgniarki zajęły „bogactwo i majątek". Wśród najważniejszych symboli szczęścia

„dobre zdrowie" zajęło pozycję najwyższą, kolejno wskazywane były „udane życie rodzinne", „bycie potrzebnym dla innych ludzi", „wykonywanie ulubionej pracy, zawodu" i „dobre warunki materialne" [13].

Badania przeprowadzone przez Delugę i wsp. miały na celu ocenę umiejscowienia zdrowia w hierarchii wartości osobistych pielęgniarek. Objęto nimi 191 pielęgniarek, które były studentkami pomostowych studiów licencjackich oraz studiów magisterskich na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i w Wyższej Szkole Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim. Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniach była LWO autorstwa Juczyńskiego. Badania wykazały, że dla studiujących pielęgniarek najważniejszymi symbolami szczęścia były: „udane życie rodzinne", „dobre zdrowie" i „wykonywanie ulubionej pracy, zawodu". Z wartości osobistych osoby ankietowane najwyżej ceniły: „dobre zdrowie, sprawność fizyczną i psychiczną", „miłość, przyjaźń" oraz rzadziej „wiedzę, mądrość". Zdrowie stanowiło więc najwyżej cenioną wartość w hierarchii wartości osobistych pielęgniarek [14].

Badania przeprowadzone przez Stawarz i wsp. miały na celu analizę zdrowia jako wartości w ocenie 690 studentów z województwa podkarpackiego. Badania przeprowadzono z zastosowaniem standaryzowanego narzędzia badawczego – Listy Kryteriów Zdrowia (LKZ) autorstwa Juczyńskiego. Ustalono, że badani studenci największe znaczenie przypisywali zdrowiu rozumianemu jako „właściwość", „proces" i „cel", natomiast zdrowie jako „stan" i „wynik" zajmowało nieco dalsze miejsce. Według badanych być zdrowym to przede wszystkim „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych", „mieć sprawne wszystkie części ciała", „potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi", „akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki" oraz „czuć się dobrze" i „dożyć późnej starości". Natomiast mniej ważne dla badanych były: „czuć się szczęśliwym przez większość czasu", „umieć się cieszyć z życia" oraz „nie palić tytoniu" i „należycie się odżywiać". Autorzy badania wysnuli wniosek, że ocena znaczenia i wartościowania zdrowia stanowi istotny element oceny świadomości prozdrowotnej studentów, a identyfikacja deficytów w zachowaniach zdrowotnych studiującej młodzieży umożliwia wskazanie grupy studentów, którzy wymagają dodatkowej edukacji w zakresie promocji zdrowia [15].

Podobne badania przeprowadzone zostały przez Wasil i wsp. Objęto nimi 102 studentów dwóch kierunków studiów: pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego. W badaniu wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze – LKZ autorstwa Juczyńskiego. Zdecydowana większość badanych (95,10%) uznała „bycie zdrowym" za bardzo istotną wartość w swoim życiu. Własny stan zdrowia studenci w większości określili jako dobry (75,49%), a jako bardzo dobry ocenił go co piąty badany (21%). Postrzeganie zdrowia przez ankietowanych odnosiło się głównie do fizycznego wymiaru tego pojęcia. Zdaniem badanych „być zdrowym" to przede wszystkim „mieć sprawne wszystkie części ciała", „czuć się dobrze" oraz „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych", a w dalszej kolejności „dożyć późnej starości" i „czuć się szczęśliwym przez większość czasu". Za mniej ważne ankietowani uznali „umieć przystosować się do zmian w życiu" oraz „potrafić panować nad

napięciami i stresem". We wnioskach autorzy wskazali, że studenci biorący udział w badaniu uważają „bycie zdrowym" za bardzo istotną wartość w życiu każdego człowieka. Zdecydowana większość uczestników badania uważała się za osoby zdrowe, a swój styl życia określiła jako prozdrowotny. Ankietowani przypisywali najwyższą rangę zdrowiu rozumianemu jako „właściwość", „stan" i „cel" [10].

Z badań własnych oraz badań innych autorów wynika, że zdrowie jest najważniejszą wartością życiową dla badanych studentów pielęgniarstwa oraz pielęgniarek. Wartość „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna" zajmowała najwyższą pozycję w systemie wartości, a „dobre zdrowie" było również najważniejszym symbolem szczęścia podawanym przez większość ankietowanych. Jednak te deklaracje nie znajdowały pełnego odzwierciedlenia w zachowaniach zdrowotnych.

W badaniach własnych poziom zachowań sprzyjających zdrowiu większości badanych studentów był przeciętny (41,9%; *N* = 44) oraz niski (41,0%; *N* = 43). Wysoki poziom zachowań zdrowotnych odnotowano jedynie wśród 17,1% (*N* = 18) badanych. Wykazano, że wyższym poziomem praktyk zdrowotnych cechowały się osoby w wieku do 30 lat aniżeli powyżej 30 lat, a także osoby stanu wolnego w porównaniu z osobami w związku małżeńskim. Czynniki socjodemograficzne nie różnicowały istotnie statystycznie żadnej z pozostałych trzech kategorii zachowań zdrowotnych.

Podobne wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych uzyskały Walentukiewicz i wsp., które badały zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa, skupiając się na danych zebranych od studentek pierwszego roku tego kierunku. Do oceny zachowań zdrowotnych użyto – podobnie jak w omawianych w tym tekście badaniach własnych – IZZ. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w badanej grupie wyniósł 73,19 pkt, co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną poziomowi 4. stena i interpretowane jest jako niski wynik nasilenia zachowań zdrowotnych. Największa liczba badanych (44,59%) uzyskała wynik zachowań zdrowotnych na poziomie przeciętnym. Niski poziom zachowań zdrowotnych deklarowała nieco ponad 1/3 (39,19%) badanych. Uwagę zwraca niewielki odsetek zachowań zdrowotnych na poziomie wysokim (zaledwie 16,22%). W poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych najwyżej oceniono pozytywne nastawienie psychiczne, a najniżej praktyki zdrowotne [16].

Podobne wyniki uzyskały Michalska i wsp. w badaniach przeprowadzonych w Wyższej Szkole Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim wśród studentów pielęgniarstwa. Wyniki wskazują na niski poziom zachowań zdrowotnych ponad połowy badanych (53%). Więcej niż 1/3 studentów (37%) wykazywała takie zachowania na poziomie przeciętnym, a tylko co dziesiąty respondent – na wysokim (10%). Najwyżej badani ocenili pozytywne nastawienie psychiczne, a najniżej praktyki zdrowotne [17].

W badaniach przeprowadzonych przez Radosz i wsp. wśród 290 studentów kierunków pielęgniarstwo, położnictwo oraz fizjoterapia Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z zastosowaniem IZZ studenci pielęgniarstwa uzyskali

78,12 pkt (najwyższy wynik), studentki położnictwa – 77,74 pkt, a studenci fizykoterapii – 74,31 pkt. Większość badanych niezależnie od kierunku studiów cechowała się przeciętnym nasileniem zachowań zdrowotnych [18].

Wyniki badań własnych oraz badań innych autorów wskazują, że ogólny poziom zachowań zdrowotnych studentów pielęgniarstwa mieści się w przedziałach niskim i przeciętnym. Dlatego też obszar ten stanowi ciągle ogromne wyzwanie badawcze. Istnieje potrzeba większej liczby badań, które pozwolą lepiej zrozumieć zmiany zachowań zdrowotnych w czasie oraz skuteczność różnych strategii promujących zdrowie. Zdrowy styl życia i umiejętności związane z samoopieką są istotne nie tylko dla osobistego dobrostanu studentów, ale także dla ich zdolności do świadczenia w przyszłości wysokiej jakości opieki nad pacjentami.

Warto również zwrócić uwagę na różnice indywidualne w zachowaniach zdrowotnych studentów pielęgniarstwa, zależne od płci, wieku, statusu społeczno-ekonomicznego. Badania nad tymi zróżnicowaniami mogą dostarczyć istotnych informacji na temat potrzeb i wyzwań w promowaniu zdrowia wśród różnych grup studentów pielęgniarstwa oraz w projektowaniu spersonalizowanych interwencji zdrowotnych. Kontynuacja badań w tym obszarze, uwzględniająca różnorodność czynników determinujących zachowania zdrowotne, może się przyczynić do lepszego zrozumienia i wsparcia zdrowia studentów pielęgniarstwa oraz ich przyszłych pacjentów [19].

Stan badań nad zagadnieniami dotyczącymi zachowań zdrowotnych stale ewoluuje. W tym kontekście badania epidemiologiczne, psychologiczne i socjologiczne odgrywają istotną rolę. Dzięki nim naukowcy zdobywają wgląd w to, jakie czynniki środowiskowe, społeczne czy genetyczne wpływają na decyzje związane ze zdrowiem, co umożliwia skuteczniejsze podejmowanie działań interwencyjnych. Warto również zwrócić uwagę na rosnący wpływ technologii, zwłaszcza w obszarze e-zdrowia (*e-health*). Aplikacje mobilne, platformy internetowe czy urządzenia typu *wearable* stanowią coraz popularniejsze narzędzia wsparcia zdrowia i samoopieki. Badania nad skutecznością tych technologii w promowaniu zdrowych zachowań wśród studentów pielęgniarstwa mogą dostarczyć wskazówek dotyczących ich optymalnego wykorzystania w praktyce klinicznej i edukacyjnej [19].

Jednym z wyzwań związanych z dziedziną zdrowia jest trudność zmiany nawyków zdrowotnych ludzi, nawet gdy mają świadomość płynących z tego korzyści. Często występuje rozbieżność między wiedzą a działaniem, co stanowi poważną przeszkodę w skutecznej interwencji. Podejmowanie badań dotyczących zachowań zdrowotnych przyszłej kadry medycznej oraz ich uwarunkowań jest bardzo istotne. Najważniejszymi celami pozostają dalsze poszukiwanie skutecznych strategii interwencyjnych oraz rozwój narzędzi i metodologii badawczej, aby w pełni zrozumieć i wspierać zdrowe zachowania wśród studentów. Rozwój badań w tym obszarze może się przyczynić do poprawy zarówno ich zdrowia, jak i jakości opieki zdrowotnej świadczonej przez nich w przyszłości.

Wnioski

1. „Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna" to wartość najwyżej ceniona w systemie wartości badanych studentów kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia).
2. Najważniejsze symbole szczęścia deklarowane przez badanych studentów to „dobre zdrowie", „udane życie rodzinne", „wykonywanie ulubionej pracy, zawodu".
3. Zachowania zdrowotne badanych studentów utrzymują się na przeciętnym i niskim poziomie. Wysoki poziom zachowań sprzyjających zdrowiu odnotowano jedynie wśród 17,1% badanych.
4. Wiek i stan cywilny istotnie różnicują deklarowane zachowania zdrowotne w obszarze praktyk zdrowotnych badanych studentów.
5. Brak jest związku pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi badanych osób a pozycją, jaką w ich systemie wartości zajmuje zdrowie.

Bibliografia

1. Wrońska I., Mariański J.: Wartości życiowe młodzieży (na przykładzie szkół pielęgniarskich), Wydawnictwo Akademii Medycznej – Neurocentrum, Lublin 1999.
2. Grabowska M., Kłos A., Cebulak M.: Znaczenie wartości w posłudze chorym i umierającym. W: Rejman K., Noworól J., Cebulak M., Dziechciaż M., Stawarz B., Kłos A. (red.): Interdyscyplinarność współczesnej medycyny, t. 9, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2021: 7–21.
3. Majewski P.: Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna – przedmiot, cele i zadania. W: Pilecka W. (red.): Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011: 121–146.
4. Kaczor-Szkodny P.M., Szkodny W.: Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2021; 27(1): 45–49. doi: 10.26444/monz/131778.
5. Wierzbicka A.: Determinanty zdrowia – analiza taksonomiczna determinant stanu zdrowia starszej subpopulacji krajów europejskich, Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica, 2013; 297: 195–210.
6. Kamecka-Krupa J.: Umiejętności życiowe jako niezbędny element edukacji zdrowotnej, Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej, 2023; 2: 38–48. doi: 10.53259/2023.2.04.
7. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, wyd. 2, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
8. Sandurska E., Szulc A.: Metoda przeprowadzania analizy statystycznej w przypadku niespełnienia założeń testów parametrycznych, w kontekście badań z obszaru kultury fizycznej, Journal of Education, Health and Sport, 2016; 6(13): 275–287. doi: 10.5281/zenodo.293762.

9. Constitution of the World Health Organization. Including amendments adopted up to 31 May 2019, World Health Organization. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1 [dostęp: 2.03.2024].
10. Wasil A., Pietraszek A., Charzyńska-Gula M., Nowicki G.: Subiektywne rozumienie bycia zdrowym wśród studentów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego – badanie wstępne, Journal of Education, Health and Sport, 2016; 6(4): 493–502. doi: 10.5281/zenodo.50708.
11. Parandeh A., Khaghanizade M., Mohammadi E., Nouri J.M.: Factors influencing development of professional values among nursing students and instructors: A systematic review, Global Journal of Health Science, 2015; 7(2): 284–290. doi: 10.5539/gjhs.v7n2p284.
12. Kowalski P., Kowalski M.: Wokół triady: czas wolny – media – zdrowie (refleksje). W: Baron-Polańczyk E., Klementowska A. (red.): Wyzwania i dylematy edukacyjno-zawodowe, Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2020: 9–16.
13. Ślusarska B., Barczak S., Zarzycka D., Dobrowolska B., Cuber T.: Znaczenie wartości osobistych i symboli szczęścia wśród pielęgniarek aktywnych zawodowo, Problemy Pielęgniarstwa, 2011; 19(2): 219–227.
14. Deluga A., Dobrowolska B., Kosicka B., Ślusarska B., Jędrych M., Brzozowska A.: Znaczenie zdrowia w hierarchii wartości osobistych pielęgniarek, Medical Studies/Studia Medyczne, 2018; 34(1): 64–69. doi: 10.5114/ms.2018.74822.
15. Stawarz B., Lewicka M., Sulima M., Wiktor H.: Zdrowie jako wartość w ocenie studentów z województwa podkarpackiego, Annales Academiae Medicae Silesiensis, 2014; 68(4): 226–232.
16. Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B.: Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa, Problemy Pielęgniarstwa, 2013; 21(4): 484–488.
17. Michalska A., Cichońska K., Cichońska M.: Zachowania zdrowotne studentów kierunku pielęgniarstwo. W: Kędra E., Garwacka-Czachor E., Milecka D., Gurowiec P.J. (red.): Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek – kontrowersje i wyzwania, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Głogów 2022: 120–132. https://dbc.wroc.pl/dlibra/publication/156455/edition/118396/content [dostęp: 7.04.2024].
18. Radosz Z., Tomaszewska-Kumela P., Paplaczyk M., Gruszczyńska M.: Zachowania zdrowotne studentów kierunków medycznych, Rozprawy Społeczne, 2020; 14(2): 151–164. doi: 10.29316/rs/122023.
19. Kuczabski M.J.: Wpływ nowoczesnych technologii i ich bezpieczeństwa na rozwój inteligentnej opieki zdrowotnej. W: Kuczabski M.J. (red.): Nowoczesne technologie a bezpieczeństwo sektora ochrony zdrowia, Wydawnictwo Akademii Sztuki Wojennej, Warszawa 2019: 11–38.

8. Ocena wiedzy pielęgniarek na temat terapii przewlekłego bólu pooperacyjnego

Assessment of nurses' knowledge about the treatment of chronic postoperative pain

Bożena Majchrowicz[1, a], Katarzyna Tomaszewska[2, b]

[1] Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu
Institute of Health Protection, State Academy of Applied Sciences in Przemyśl
[2] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław

[a] https://orcid.org/0000-0003-3202-1407
[b] https://orcid.org/0000-0002-2129-9107

Abstrakt

Wstęp: Leczenie bólu pooperacyjnego jest ważnym problemem zdrowia publicznego, ponieważ ból zakłóca funkcjonowanie całego organizmu. Negatywne skutki bólu pooperacyjnego obejmują m.in. cierpienie, obniżoną jakość życia, zwiększone ryzyko powikłań rozwijających się w bezpośrednim okresie pooperacyjnym i przewlekłego bólu w miesiącach po operacji.

Cel badań: Określenie poziomu wiedzy ankietowanych pielęgniarek na temat terapii bólu pooperacyjnego.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone w październiku i listopadzie 2023 roku w grupie 250 pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych szpitali na terenie województwa podkarpackiego. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankietowy. Analiza została przeprowadzona za pomocą programu SPSS, a wszelkie związki są istotne z punktu widzenia statystycznego, gdy $p \leq 0,05$.

Wyniki: Niemal połowa (48,0%) badanych posiadała wiedzę na temat terapii bólu pooperacyjnego co najmniej umiarkowaną, a 12,0% – wysoką; 40,0% ankietowanego personelu cechowało się niskim poziomem wiedzy w tym zakresie. Aż 95,0% respondentek twierdziło, że najlepszą metodą leczenia bólu jest podawanie leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich, a 5,0% badanych uznało, że terapia bólu powinna się opierać na podawaniu farmaceutyków na żądanie pacjenta i że wtedy jest ona najskuteczniejsza.

Wnioski: Wiedza badanych była na umiarkowanym poziomie. Wiek, staż pracy nie miały wpływu na poziom wiedzy ankietowanych na temat terapii bólu pooperacyjnego. Wykształcenie oraz ukończenie szkolenia specjalizacyjnego wpływały na poziom wiedzy respondentek.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, pacjent, ból pooperacyjny, terapia bólu.

Abstract

Introduction: Treatment of postoperative pain is an important public health problem because pain disrupts the functioning of the entire body. The negative effects of postoperative pain include aspects such as suffering, reduced quality of life, increased risk of complications developing in the immediate postoperative period and chronic pain in the months after surgery.

The aim of the study: To determine the level of knowledge of the surveyed nurses about postoperative pain therapy.

Material and methods: The study was conducted on a group of 250 nurses working in surgical departments of hospitals in the Podkarpackie Voivodeship, in October and November 2023. The method used in this work was a diagnostic survey, survey technique, and the research tool was an original survey questionnaire. The analysis was performed using the SPSS program, and all relationships are statistically significant when $p \leq 0.05$.

Results: 48.0% of respondents had at least moderate knowledge about postoperative pain therapy and 12.0% had high knowledge. 40.0% of the surveyed staff have a low level of knowledge in this area. 95.0% of respondents claimed that the best method of treating pain is administering medications in accordance with the Individual Medical Order Card. 5.0% of respondents believed that pain therapy should be based on administering pharmaceuticals at the patient's request and then it is the most effective

Conclusions: The level of knowledge of the surveyed nurses was moderate. Age and work experience do not affect the level of knowledge of the surveyed nurses in the field of postoperative pain therapy. The level of education and completion of specialization training influence the level of knowledge of respondents.

Keywords: nurse, patient, postoperative pain, pain therapy.

Wstęp

Leczenie bólu pooperacyjnego jest ważnym problemem zdrowia publicznego. Co roku około 240 milionów pacjentów na całym świecie przechodzi poważne operacje, a leczenie bólu często nie jest u nich optymalne. Duży odsetek pacjentów zgłasza ból umiarkowany do silnego, niewielu twierdzi, że uzyskali odpowiednią ulgę, a ból zakłóca ich funkcjonowanie. Negatywne skutki bólu pooperacyjnego obejmują cierpienie, obniżoną jakość życia, zwiększone ryzyko powikłań rozwijających się w bezpośrednim okresie pooperacyjnym i przewlekłego bólu w miesiącach po operacji. Wyniki te są dobrze udokumentowane u pacjentów w krajach rozwiniętych. Sytuacja w krajach rozwijających się jest mniej zbadana, ale dowody wskazują, że problemy opisywane w krajach rozwiniętych występują także tam i często są głębsze z powodu niskiego priorytetu przypisywanego leczeniu bólu i ogólnego braku zasobów, takich jak personel, leki i sprzęt [1].

Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu w definicji bólu podaje, że jest to

> [...] przykre zmysłowe i emocjonalne doznanie, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, lub opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia [2].

Jest to jedna z najbardziej rozpoznawalnych definicji, prawdopodobnie najczęściej wykorzystywana we wszelkiego rodzaju artykułach naukowych. Inną, równie znaną, jest ta podawana przez McCaffery i Beebe: „Ból jest taki, jak określa go doświadczająca go osoba, i jest obecny wtedy, gdy doświadczająca go osoba mówi, że jest obecny" [3, s. 28]. Z kolei inni autorzy twierdzą, że ból jest warunkowany również przez indywidualną interpretację zachodzących zjawisk, która ulega zmianie na skutek wcześniejszych doświadczeń oraz psychosomatycznych uwarunkowań [4]. Każda definicja zaznacza jednak fakt, że ból jest doznaniem indywidualnym i jednocześnie różnie odczuwanym przez każdego człowieka. Ponadto jego przyczyny są różnorodne. Z tego powodu dokonano wielu podziałów i klasyfikacji, by móc jeszcze szczegółowiej przeanalizować problem [5].

Przewlekły ból pooperacyjny (*chronic post-surgical pain* – CPSP) stał się ważnym problemem dla członków zespołów operacyjnych, ponieważ częstość jego występowania jest duża i stale zgłaszana. Jest on definiowany jako ból, który utrzymuje się dłużej niż normalny czas gojenia po operacji i może trwać miesiącami, a nawet latami. Jego częstość występowania różni się w zależności od rodzaju operacji, ale szacunki sugerują, że nawet ponad 50% pacjentów może doświadczyć pewnego stopnia CPSP po niektórych procedurach, takich jak torakotomia, amputacja, mastektomia czy operacja przepukliny [6]. Koncepcję CPSP jako pierwsi przedstawili w 1998 roku Crombie i wsp. [7], którzy analizowali związek między zabiegami operacyjnymi i urazami a rozwojem przewlekłego bólu. Od tego czasu wielu badaczy proponowało lub uzupełniało kryteria diagnostyczne CPSP, co doprowadziło do opracowania aktualnej definicji zamieszczonej w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 [8].

Ostatnio do zdefiniowania CPSP zastosowano następujące kryteria:

1. Występuje przewlekły ból, który rozwija się lub zwiększa swoją intensywność po zabiegu chirurgicznym i utrzymuje się po zakończeniu procesu gojenia, tj. co najmniej trzy miesiące po zabiegu.
2. Ból może być zlokalizowany w polu operacyjnym, rzutowany na obszar unerwienia nerwu położonego w tym obszarze lub przeniesiony do dermatomu (po zabiegu chirurgicznym/urazie głębokich tkanek somatycznych lub trzewnych).
3. Należy wykluczyć inne przyczyny bólu, w tym infekcję i nowotwór złośliwy, a także ból, który jest kontynuacją wcześniej istniejącego problemu bólowego.
4. W zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego CPSP często ma komponent neuropatyczny [8].

Skuteczna kontrola bólu pooperacyjnego jest istotnym elementem rekonwalescencji po zabiegu chirurgicznym. Niewystarczająca kontrola bólu ma szereg negatywnych konsekwencji. W okresie bezpośrednio pooperacyjnym słaba kontrola bólu wiąże się z większą częstością występowania nudności i wymiotów poope-

racyjnych, zwiększonym obciążeniem serca i płuc, upośledzoną funkcją odpornościową, opóźnionym gojeniem się ran i dłuższym pobytem w szpitalu. Jest to również silny czynnik prognostyczny złych wyników długoterminowych, takich jak zwiększony stres, opóźnione chodzenie i powrót funkcji, wyższy wskaźnik ponownych przyjęć i ogólny koszt opieki [9]. Niewystarczająca kontrola bólu może się też przyczyniać do przewlekłego, uporczywego bólu pooperacyjnego (CPSP), stanu, który występuje u 10–30% pacjentów po operacji i jest definiowany jako ból utrzymujący się śródoperacyjnie i pooperacyjnie. Leczenie bólu może pomóc zmniejszyć fizjologiczną i psychologiczną reakcję na stres, złagodzić cierpienie i ułatwić gojenie oraz rehabilitację [10].

Przejście bólu ostrego w przetrwały ból pooperacyjny jest procesem złożonym, na chwilę obecną jeszcze słabo poznanym. Jednym z najistotniejszych czynników ryzyka rozwoju przetrwałego bólu pooperacyjnego wydaje się nieskutecznie leczony ostry ból pooperacyjny o znacznym nasileniu. U pacjentów z silnym bólem pooperacyjnym proces sensytyzacji jest intensywniejszy, w związku z czym istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia przetrwałego bólu pooperacyjnego. Wiele badań potwierdza związek pomiędzy ostrym, źle kontrolowanym bólem pooperacyjnym a rozwojem przetrwałego bólu pooperacyjnego po mastektomii, chirurgii serca, operacji przepukliny pachwinowej, cięcia cesarskiego czy też protezoplastyki stawu biodrowego. Obecność silnego bólu pooperacyjnego i okołooperacyjne zużycie analgetyków są istotnym i wiarygodnym wskaźnikiem ryzyka chronifikacji bólu. Dokładne wyjaśnienie tej zależności nie jest jednak obecnie możliwe, gdyż mogą tu odgrywać rolę także czynniki zależne od pacjenta (osobnicza wrażliwość na ból, czynniki genetyczne), a nie tylko nasilenie impulsacji nocyceptywnej. Niemniej zastosowanie optymalnej, skutecznej terapii bólu pooperacyjnego jest w każdym przypadku jak najbardziej uzasadnione [11].

Cel badań

Celem badań było określenie poziomu wiedzy ankietowanych pielęgniarek na temat terapii bólu pooperacyjnego.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 250 pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych szpitali na terenie województwa podkarpackiego. Uczestnictwo w ankiecie było w pełni dobrowolne i anonimowe. Badanie przeprowadzono w październiku i listopadzie 2023 roku.

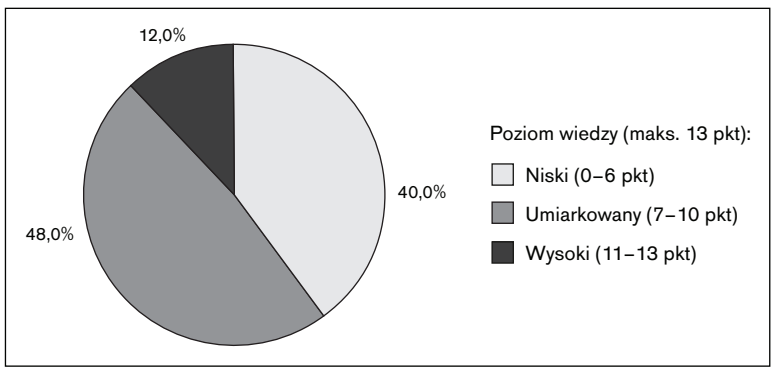
Metodą zastosowaną w badaniu był sondaż diagnostyczny, techniką – ankieta, a narzędziem badawczym – autorski kwestionariusz ankietowy. W analizie statystycznej w celu sprawdzenia istotności związku między zmiennymi zbudowanymi na skalach nominalnych oraz porządkowych wykorzystano test chi-kwadrat, jak również korelacje tau-b Kendalla (dla tabel z taką samą liczbą kolumn i wierszy)

oraz tau-c Kendalla. Analiza została przeprowadzona za pomocą programu SPSS, a wszelkie związki są istotne z punktu widzenia statystycznego, gdy $p \leq 0,05$.

Wyniki

W badaniu udział wzięły wyłącznie kobiety. Respondentki w wieku 21–35 lat stanowiły 35,0% badanej grupy. Kolejne 41,0% badanych to osoby w wieku 36–55 lat. Najmniej liczną grupą były ankietowane w wieku 56 i więcej lat (24,0%). Wykształcenie wyższe I stopnia posiadało 39,0% badanych, wykształcenie wyższe II stopnia – 32,0%, a 29,0% stanowiły pielęgniarki ze średnim wykształceniem medycznym. Od ponad 20 lat w zawodzie pracowało 32,0% badanych, 11–20 lat – 24,0%. Staż pracy pozostałych ankietowanych wynosił 6–10 lat (15,0% respondentek) i mniej niż 5 lat (29,0%).

Niemal połowa badanych (48,0%) posiadała wiedzę na temat terapii bólu pooperacyjnego co najmniej umiarkowaną, a w przypadku 12,0% pielęgniarek wiedza ta była na poziomie wysokim. Zauważono, że 40,0% personelu cechuje się niskim poziomem wiedzy w tym zakresie (rycina 1).



Rycina 1. Poziom wiedzy na temat leczenia bólu u pacjentów w okresie pooperacyjnym

Źródło: opracowanie własne.

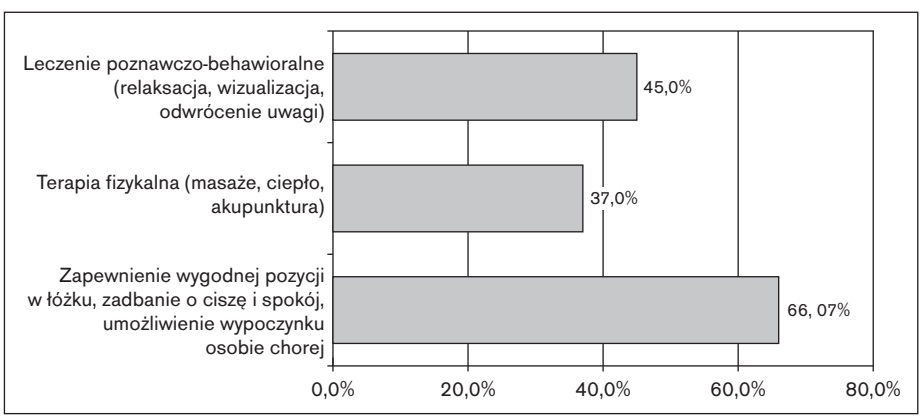
Aż 66,0% ankietowanych uczestniczyło w kursach wewnątrzszpitalnych dotyczących leczenia bólu. Pozostałe 34,0% badanych zaprzeczyło, przy czym 11,0% spośród nich nie miało do tej pory możliwości wzięcia udziału w takim szkoleniu, a 4,0% zadeklarowało, że w placówce, w której pracują, tego rodzaju kursy nie były organizowane. Ankietowani po ukończonym szkoleniu specjalizacyjnym posiadają wyższy poziom wiedzy na temat leczenia bólu u pacjentów w okresie pooperacyjnym. Współczynnik zależności jest istotny statystycznie ($p = 0,014$) oraz charakteryzuje się dość wyraźną siłą związku (tabela 1).

Tabela 1. Ukończone szkolenie specjalizacyjne a wiedza badanych na temat leczenia bólu u pacjentów w okresie pooperacyjnym

Poziom wiedzy (maks. 13 pkt)			Szkolenie specjalizacyjne		Ogółem
			Tak	Nie	
Niski (0–6 pkt)		*N*	23	77	100
		%	29,5	44,8	40,0
Umiarkowany (7–10 pkt)		*N*	35	85	120
		%	44,9	49,4	48,0
Wysoki (11–13 pkt)		*N*	20	10	30
		%	25,6	5,8	12,0
Ogółem		*N*	78	172	250
		%	100,0	100,0	100,0
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	*df*	*p*	*p* Monte Carlo
V Cramera	0,293	8,563	2	0,014	0,014

Źródło: opracowanie własne.

Zdaniem 95,0% respondentek najlepiej działającą metodą leczenia bólu jest podawanie leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich. Natomiast 5,0% badanych uznało, że terapia bólu powinna się opierać na podawaniu farmaceutyków na żądanie pacjenta i że wtedy jest ona najskuteczniejsza. Większość (60,0%) badanych zadeklarowała, że w miejscu ich pracy stosuje się inne niż farmakologiczne metody leczenia bólu, 26,0% wskazało, że praktyki te odbywają się rzadko, a 14,0% – że wcale. Zdaniem 66,0% pielęgniarek niefarmakologiczna metoda leczenia bólu to zapewnienie wygodnej pozycji w łóżku, dbałość o ciszę i spokój, umożliwienie wypoczynku osobie chorej, a 45,0% ankietowanych jest przekonanych, że do takich metod należy leczenie poznawczo-behawioralne (w tym: relaksacja, wizualizacja, odwrócenie uwagi). Według 37,0% respondentek innym sposobem niż farmakoterapia jest terapia fizykalna (rycina 2).



Rycina 2. Znajomość niefarmakologicznych metod leczenia bólu

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Choroba oraz towarzyszące jej leczenie operacyjne i związany z nim ból są doświadczeniami szczególnie trudnymi. Zwalczanie czy choćby minimalizacja bólu powinny być kwestiami nadrzędnymi w leczeniu pooperacyjnym i wspieraniu chorego w walce o jakość jego życia i zdrowia. Szczególną rolę pełnią pielęgniarki, gdyż to one spędzają z pacjentem najwięcej czasu, identyfikują i oceniają natężenie, charakter i nasilenie bólu, a następnie podejmują czynności zmierzające do jego likwidacji [12]. To w głównej mierze na ich wiedzy i doświadczeniu opiera się skuteczność takiego leczenia [13].

Celem badań było określenie poziomu wiedzy ankietowanych pielęgniarek na temat terapii bólu pooperacyjnego.

Na podstawie wyników badań własnych stwierdzono, że wiek badanych nie ma wpływu na poziom ich wiedzy na temat prewencji i leczenia bólu. Fakt ten jest spójny z rezultatami badań Rezmerskiej i Dulskiej przeprowadzonych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku w 2017 roku. Wskazują one, że wiek pielęgniarek nie jest czynnikiem, który wpływa na poziom ich wiedzy czy jej wykorzystanie w terapii bólu pooperacyjnego [14]. Inne badania dowiodły, że poziom wiedzy ogólnej (na temat oceny, możliwości terapii farmakologicznej i niefarmakologicznej bólu) był istotnie statystycznie powiązany z wiekiem ankietowanych. Młodsze pielęgniarki posiadają wyższy poziom wiedzy, a obniża się on wraz z wiekiem, co może się wiązać z upływem czasu od zakończenia kształcenia [15].

Przy wykorzystaniu wyników korelacji sporządzonych na podstawie zebranych danych wykazano, że pielęgniarki, które ukończyły szkolenie specjalizacyjne, mają szerszy zakres wiedzy na temat leczenia bólu pooperacyjnego. Odnotowano pozytywną korelację istotną statystycznie charakteryzującą się dość wyraźną siłą związku (p = 0,004). Wysoki poziom wiedzy posiadało tylko 3,4% badanych z wykształceniem średnim, więcej, bo 5,1%, z wykształceniem wyższym I stopnia i aż 28,1% z wykształceniem wyższym II stopnia. Stwierdzono istotną zależność między wykształceniem pielęgniarek zatrudnionych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii a poziomem ich wiedzy w zakresie leczenia bólu pooperacyjnego u chorych przebywających na tym oddziale [14]. Z kolei w badaniach przeprowadzanych w 2014 i 2015 roku przez Panek i Kwintę wśród pielęgniarek i położnych pracujących w 100 szpitalach w całej Polsce nie stwierdzono zależności pomiędzy wykształceniem ankietowanych a poziomem ich wiedzy związanej z zagadnieniami dotyczącymi bólu [16].

Badania własne wykazały, że miejsce zamieszkania oraz staż pracy nie różnicują istotnie statystycznie poziomu wiedzy respondentek na temat terapii bólu. W badaniach przeprowadzonych w grupie amerykańskich pielęgniarek przez Moceri i Drevdahl doświadczenie zawodowe nie korelowało z zaznaczaniem właściwych odpowiedzi w ankiecie. Na tej podstawie badaczki stwierdziły, że istnieje duża konieczność zwiększenia wiedzy personelu pielęgniarskiego w tym zakresie [17]. Innego zdania byli Krokmyrdal i Andenæs, którzy swoje badania przeprowadzili w dwóch miejskich publicznych norweskich szpitalach. Dowiedli oni, że największy

wpływ na wiedzę i kompetencje pielęgniarek w zakresie leczenia bólu u chorych uzależnionych od opioidów miało doświadczenie zawodowe w miejscu pracy [18].

Z badań własnych wynika, że posiadane kwalifikacje mają znaczący wpływ na poziom wiedzy pielęgniarek w zakresie leczenia bólu u pacjentów po operacjach. W badaniach przeprowadzonych w 2017 roku przez Thapę oraz Gurung wśród 74 pielęgniarek także potwierdzono związek posiadanych kwalifikacji zawodowych ze skuteczną praktyką leczenia bólu pooperacyjnego [19]. Z kolei z badań Rezmerskiej i Dulskiej [14] wynika, że kwalifikacje zawodowe pielęgniarek nie mają wpływu na ich wiedzę.

Wnioski

1. Wiedza pielęgniarek na temat terapii bólu pooperacyjnego utrzymuje się na umiarkowanym poziomie.
2. Wiek, staż pracy nie mają wpływu na poziom wiedzy ankietowanych pielęgniarek w zakresie terapii bólu pooperacyjnego.
3. Poziom wykształcenia oraz ukończenie szkolenia specjalizacyjnego mają wpływ na poziom wiedzy respondentek.

Bibliografia

1. Zaslansky R., Chapman C.R., Baumbach P. i wsp.: Improving perioperative pain management: A preintervention and postintervention study in 7 developing countries, Pain Reports, 2019; 4(1): e705. doi: 10.1097/PR9.0000000000000705. PMID: 30801045; PMCID: PMC6370144.
2. Raja S.N., Carr D.B., Cohen M. i wsp.: The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises, Pain, 2020; 161(9): 1976–1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
3. McCaffery M., Beebe A.: Pain: Clinical manual for nursing practice, Mosby, St. Louis 1989.
4. Izdebski K., Karkut A., Kolankiewicz K.: Prawo medyczne dla lekarzy. Wybrane zagadnienia, Wolters Kluwer, Warszawa 2021.
5. Kim B.R., Yoon S.-H., Lee H.-J.: Practical strategies for the prevention and management of chronic postsurgical pain, The Korean Journal of Pain, 2023; 36(2): 149–162. doi: 10.3344/kjp.23080. PMID: 36973967; PMCID: PMC10043790.
6. Freys S.M., Pogatzki-Zahn E.: Pain therapy to reduce perioperative complications, Innovative Surgical Sciences, 2019; 4(4): 158–166. doi: 10.1515/iss-2019-0008. PMID: 33977126; PMCID: PMC8059349.
7. Crombie I.K., Davies H.T., Macrae W.A.: Cut and thrust: Antecedent surgery and trauma among patients attending a chronic pain clinic, Pain, 1998; 76(1): 167–171. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00038-4.

8. Schug S.A., Lavand'homme P., Barke A., Korwisi B., Rief W., Treede R.D.: The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic postsurgical or posttraumatic pain, Pain, 2019; 160(1): 45–52. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001413.
9. Gan T.J.: Poorly controlled postoperative pain: Prevalence, consequences, and prevention, Journal of Pain Research, 2017; 10: 2287–2298. doi: 10.2147/JPR.S144066.
10. Chen Q., Chen E., Qian X.: A narrative review on perioperative pain management strategies in enhanced recovery pathways – the past, present and future, Journal of Clinical Medicine, 2021; 10(12): 2568. doi: 10.3390/jcm10122568. PMID: 34200695; PMCID: PMC8229260.
11. Zajączkowska R., Wordliczek J.: Przetrwały ból pooperacyjny, Anestezjologia i Ratownictwo, 2023; 17(2): 119–126.
12. Gawęda A., Kamińska J., Wawoczna G., Tobor E., Ogonowska D.: Ból pooperacyjny w opinii pacjenta, Pielęgniarstwo Polskie, 2020; 78(4): 209–216.
13. Borek M., Szurlej A., Maciąg D., Cichońska M., Piskorz J.: Ocena bólu pooperacyjnego jako element monitorowania stanu chorego po zabiegu operacyjnym, Polish Journal of Health and Fitness, 2017; 5: 67–84.
14. Rezmerska L., Dulska I.: Wiedza pielęgniarek i jej wykorzystanie w terapii bólu pooperacyjnego u pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2017; 1: 7–21. doi: 10.21784/IwP.2017.001.
15. Hreńczuk M., Russek A., Małkowski P.: Wiedza absolwentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo na temat bólu i metod jego zwalczania u pacjentów po amputacjach kończyn dolnych, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2019; 4: 154–158.
16. Panek M., Kwinta P.: Wiedza oraz praktyka związana z postępowaniem przeciwbólowym u noworodków w opinii pielęgniarek i położnych pracujących w polskich oddziałach neonatologicznych, Ból, 2018; 19(3): 11–19. doi: 10.5604/01.3001.0013.1571.
17. Moceri J.T., Drevdahl D.J.: Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department, Journal of Emergency Nursing, 2014; 40(1): 6–12. doi: 10.1016/j.jen.2012.04.014. Epub 2012 Jul 26. PMID: 22841012.
18. Krokmyrdal K.A., Andenæs R.: Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study, Nurse Education Today, 2015; 35(6): 789–794. doi: 10.1016/j.nedt.2015.02.022. Epub 2015 Mar 7. PMID: 25779029.
19. Thapa R.D., Gurung G.: Nurses' knowledge, attitude and practice regarding postoperative pain management at selected hospitals, Bharatpur, Nepal, Journal of Chitwan Medical College, 2020; 10(1): 64–68. doi: 10.3126/jcmc.v10i1.28074.

9. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

Health behaviors of patients with hypertension

Magdalena Kozimala[1, a], Ewa Chwastarz-Szymańska[2], Paulina Kozimala[3, b]

[1] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław
[2] Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu
Medical Care Center in Jarosław
[3] Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski
Collegium Medicum, University of Rzeszów

[a] https://orcid.org/0009-0009-8450-0021
[b] https://orcid.org/0009-0001-0286-7690

Abstrakt

Wstęp: Nadciśnienie tętnicze należy do najczęstszych przyczyn zgonów na świecie. Dlatego bardzo ważne są jego szybkie rozpoznanie oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia. W terapii nadciśnienia stosuje się farmakoterapię oraz leczenie niefarmakologiczne, czyli zmianę stylu życia.

Cel badań: Celem badań była ocena poziomu zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone w grupie 122 respondentów chorujących na nadciśnienie tętnicze. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankietowania.

Wyniki: Większość ankietowanych (72,13%) stanowili mężczyźni w przedziale wiekowym 41–60 lat, z wykształceniem średnim, zamieszkujący miasto. Ponad połowa ankietowanych (55,74%) określiła swój stan cywilny jako mężatka/zamężny. Badania wykazały, że czas trwania choroby badanych był zróżnicowany, ale najwięcej respondentów (32,79%) leczyło się na nadciśnienie tętnicze od roku do 5 lat.

Wnioski: Zdecydowana większość badanych charakteryzowała się umiarkowaną aktywnością w zakresie zachowań zdrowotnych. Zachowania zdrowotne były zależne od wielu czynników, takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, źródło utrzymania, czas trwania choroby. Istotne są wskazanie zachowań wymagających ulepszenia oraz określenie skutecznych działań w tym zakresie.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, nadciśnienie tętnicze, pacjenci.

Abstract

Introduction: Hypertension is one of the most common causes of death worldwide. Therefore, its prompt diagnosis and implementation of appropriate treatment are crucial. Hypertension therapy includes pharmacotherapy and non-pharmacological treatment, such as lifestyle changes.

Objective: The aim of the study was to assess the level of health behaviors among patients with hypertension.

Materials and Methods: The study was conducted among a group of 122 respondents suffering from hypertension. The research utilized the diagnostic survey method, using a questionnaire technique.

Results: The majority of respondents (72.13%) were men aged 41–60 with secondary education, living in urban areas. More than half of the respondents (55.74%) described their marital status as married. The study showed that the duration of the respondents' hypertension varied, but most respondents (32.79%) had been treated for hypertension for 1 to 5 years.

Conclusions: The vast majority of the respondents demonstrated moderate activity in terms of health behaviors. Health behaviors depend on various factors such as age, gender, place of residence, marital status, education, source of income, and the duration of the disease. Identifying behaviors that need improvement and determining effective actions in this area is essential.

Keywords: health behaviors, hypertension, patients.

Wstęp

Zachowania zdrowotne są ściśle powiązane z ryzykiem rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym nadciśnienia tętniczego. Zachowania antyzdrowotne, takie jak: niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej, stresujący tryb życia, palenie tytoniu, picie alkoholu, odpowiadają za rozwój nadciśnienia tętniczego. Oprócz farmakoterapii stosuje się leczenie niefarmakologiczne nadciśnienia tętniczego, które opiera się na zmianie zachowań zdrowotnych, czyli modyfikacji stylu życia. Zmiana stylu życia wpływa korzystnie na normalizację ciśnienia tętniczego oraz zwiększa skuteczność prowadzonej farmakoterapii. Zmianę zachowań zdrowotnych zaleca się u wszystkich osób z nadciśnieniem tętniczym, niezależnie od stosowanego leczenia. W przypadku nadciśnienia tętniczego zmiana zachowań zdrowotnych opóźnia konieczność wdrożenia leków obniżających ciśnienie [1]. W badaniach odnotowano, że osoby, które przestrzegają zasad zdrowego stylu życia, mają niższe ryzyko zgonów z powodu chorób układu krążenia. Zdrowy styl życia, przestrzeganie zdrowej diety, utrzymywanie odpowiedniej masy ciała, zaprzestanie palenia tytoniu, unikanie alkoholu, minimalizowanie stresu są podstawą profilaktyki chorób układu krążenia [2]. Zachowania zdrowotne w przypadku nadciśnienia tętniczego oznaczają podejmowanie przez pacjenta działań w celu zachowania zdrowia i jego ochrony. Zmiana stylu życia w dużej mierze determinuje przebieg choroby nadciśnieniowej [3].

Cel badań

Celem badań była ocena poziomu zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Metody, techniki i narzędzia badawcze

Badanie przeprowadzono w grupie 122 respondentów chorujących na nadciśnienie tętnicze. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej. Kwestionariusz ankiety składał się z 36 pytań, z których pierwszych 6 dotyczyło charakterystyki społeczno-demograficznej badanych, natomiast pozostałe odnosiły się do różnych aspektów stylu życia oraz zachowań zdrowotnych osób z nadciśnieniem tętniczym.

Oceny zachowań zdrowotnych dokonano na podstawie 30 pytań, w których odpowiedzi punktowano w skali od 1 do 5. Uzyskane punkty zsumowano, a łączna liczba punktów możliwa do uzyskania mieściła się w przedziale od 22 do 129. Na podstawie uzyskanych wyników określono poziom zachowań zdrowotnych pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze.

Organizacja badań

Badania były prowadzone od 18 marca do 26 kwietnia 2023 roku w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Przeworsku, w poradni kardiologicznej. Pacjenci po instruktażu samodzielnie wypełnili ankietę. Zostali poinformowani o celu badania oraz o fakcie, że badania są anonimowe i dobrowolne. Respondentom umożliwiono komfortowe wypełnienie kwestionariusza ankiety. Robili to indywidualnie. Kryterium doboru spełniali pacjenci od 18. roku życia z rozpoznanym nadciśnieniem tętniczym, którzy wyrazili pisemną zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Charakterystyka badanej grupy

Większość ankietowanych (72,13%) stanowili mężczyźni. Niemal połowa badanych (48,36%) znajdowała się w przedziale wiekowym 41–60 lat, a co trzeci (33,61%) ukończył 60. rok życia. Najwięcej ankietowanych było mieszkańcami miast (75,41%) i miało wykształcenie średnie (43,44%). Ponad połowa badanych (55,74%) określiła swój stan cywilny jako mężatka/żonaty, 23,77% – jako panna/kawaler. Wśród ankietowanych 68,85% wskazało, że ich źródłem utrzymania jest praca zawodowa (tabela 1).

Tabela 1. Statystyka opisowa respondentów

Dane demograficzne		*N*	%
Płeć	Kobieta	34	27,87
	Mężczyzna	88	72,13
Wiek	Mniej niż 25 lat	7	5,74
	25–40 lat	15	12,30
	41–60 lat	59	48,36
	Powyżej 60 lat	41	33,61
Wykształcenie	Podstawowe	10	8,20
	Zawodowe	38	31,15
	Średnie	53	43,44
	Wyższe	21	17,21
Miejsce zamieszkania	Wieś	30	24,59
	Miasto	92	75,41
Stan cywilny	Panna/kawaler	29	23,77
	Mężatka/żonaty	68	55,74
	Wdowa/wdowiec	7	5,74
	Rozwiedziony/rozwiedziona	18	14,75
Źródło utrzymania	Praca zawodowa	84	68,85
	Renta	9	7,38
	Emerytura	26	21,31
	Inne	3	2,46

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wyniki badań

Większość respondentów chorowała na nadciśnienie tętnicze od roku do 5 lat (31,97%). Na drugim miejscu znalazła się grupa badanych, którzy cierpieli na tę chorobę od ponad 20 lat (22,13%). Ponad 1/3 badanych (34,43%) wskazała, że ich obecna wartość ciśnienia tętniczego wynosi 120–139/80–89 mmHg. Nieco mniej ankietowanych, bo 31,97%, podało wartość 140–159/90–99 mmHg. W badanej grupie 22,77% pacjentów zjadało zgodnie z zaleceniami 4–5 posiłków dziennie, w tym prawie połowa (47,54%) prawidłowo 1–2 razy dziennie spożywała warzywa i owoce. Niewielki odsetek badanych (18,85%) konsumował produkty mleczne 2–3 razy dziennie, zatem poprawnie. Podobne wyniki odnotowano w przypadku produktów zbożowych. Prowadząc dalsze analizy, zauważono, że zaledwie 9,02% respondentów nigdy nie sięgało po słodycze. Większość przebadanych (45,08%) starała się unikać w swojej diecie soli oraz nie dosalać gotowych potraw. W odpowiedniej częstotliwości, czyli 2–3 razy w tygodniu, 21,31% ankietowanych spożywało ryby, natomiast 39,34% – mięso. Większość respondentów (39,34%) najczęściej sięgała po drób. Mięso wieprzowe spożywało 26,23% badanych, woło-

we – 21,31%. Na ryby i owoce morza, które są zalecane przy nadciśnieniu, wskazało jedynie 9,84% ankietowanych. Pozostali (3,28%) wcale nie posilali się mięsem. Ponad 1/3 badanych (36,07%) spożywała produkty typu fast food rzadziej niż raz w miesiącu, a nieco mniej, bo 32,79%, jadło je raz w miesiącu. Na kaloryczność produktów stanowiących pożywienie zwracało uwagę zaledwie 27,05% badanych. Większość respondentów (71,31%) jako sposób przyrządzania potraw preferowała gotowanie, zachowując 3–4-godzinne odstępy pomiędzy posiłkami, co jest najlepszym wyborem. Do kilkukrotnego podjadania, szczególnie słodyczy, przyznało się 34,43% ankietowanych. Większość badanych (41,8%) wypijała w ciągu dnia – zgodnie z zaleceniami – 1–2 litry wody. Wśród ankietowanych przeważali ci, którzy przyznali, że stosowaną przez nich używką jest kawa (82,79%). Ponad połowa badanych (59,84%) wskazała alkohol, 25,14% – palenie papierosów, a 13,11% – wypijanie napojów energetycznych. Nikt nie przyznał się do zażywania narkotyków. Tylko 2,46% ankietowanych nie stosowało żadnych używek. Aktywność fizyczną co najmniej 4 razy w tygodniu podejmowało 10,66% pacjentów, zazwyczaj były to spacery (68,85%) oraz jazda na rowerze (33,61%). Najczęstsze formy spędzania wolnego czasu stanowiły przebywanie z rodziną lub znajomymi (59,84%) oraz oglądanie telewizji (56,56%). Większość badanych (63,11%) przyznała, że jest narażona na sytuacje stresowe tylko czasami, i podawała, że umie sobie z nimi radzić. Na stresujące warunki pracy skarżyło się 28,69% respondentów. Tylko 36,89% ankietowanych stwierdziło, że odbywa wizyty kontrolne u lekarza raz na pół roku i przestrzega zaleceń. Ponad połowa badanych (58,2%) zawsze przyjmowała zalecone leki. Wśród respondentów 31,15% stanowili ci, którzy mierzyli swoje ciśnienie tętnicze kilka razy w miesiącu.

Zdecydowana większość badanych (74,59%) charakteryzowała się umiarkowaną aktywnością w zakresie zachowań zdrowotnych, co wymagało poprawy. Średnia punktów w teście odnośnie do tego obszaru wyniosła 78,27. Najmniejsza uzyskana suma punktów to 58, największa 111 na 129 możliwych. Analiza wykazała, że otrzymana średnia była w bardzo istotny statystycznie sposób ($p < 0{,}001$) wyższa od przyjętej średniej (73,00) określającej minimalny próg umiarkowanej oceny aktywności zdrowotnej wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Przeprowadzona analiza wykazała, że aktywność respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych była w bardzo istotny statystycznie sposób ($p = 0{,}00012$) zależna od płci ankietowanych. Potwierdza to również wynik testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 20{,}7177$), który był znacznie wyższy od wartości oczekiwanej ($\chi^2 0{,}05;3 = 7{,}8147$). Ujemny współczynnik korelacji *r* Pearsona ($r = -0{,}3764$) świadczy o tym, że kobiety posiadały lepszą świadomość w zakresie zachowań zdrowotnych niż mężczyźni (tabela 2).

Tabela 2. Analiza korelacji pomiędzy świadomością respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych a ich płcią

Płeć	Aktywność w zakresie zachowań zdrowotnych								Razem	
	Niska		Umiarkowana		Dobra		Bardzo dobra			
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%
Kobieta	1	2,94	17	50,00	13	38,24	3	8,82	34	27,87
Mężczyzna	5	5,68	74	84,09	8	9,09	1	1,14	88	72,13
Razem	6	4,92	91	74,59	21	17,21	4	3,28	122	100,00
Wynik analizy	$\chi^2 = 20{,}7177$		$\chi^2_{0,05;3} = 7{,}8147$		$r = -0{,}3764$		$p = 0{,}00012$			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analiza wykazała, że aktywność respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych była w bardzo istotny statystycznie sposób ($p = 0{,}001888$) zależna od wieku ankietowanych. Potwierdza to również wynik testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 26{,}2176$), który był wyższy od wartości oczekiwanej ($\chi^2_{0,05;9} = 16{,}9190$). Dodatni współczynnik korelacji *r* Pearsona ($r = 0{,}3311$) świadczy o tym, że osoby starsze, powyżej 60. roku życia, posiadały najlepszą świadomość w zakresie zachowań zdrowotnych (tabela 3).

Tabela 3. Analiza korelacji pomiędzy świadomością respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych a ich wiekiem

Wiek	Aktywność w zakresie zachowań zdrowotnych								Razem	
	Niska		Umiarkowana		Dobra		Bardzo dobra			
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%
Mniej niż 25 lat	1	14,29	6	85,71	0	0,00	0	0,00	7	5,74
25–40 lat	4	26,67	10	66,67	1	6,67	0	0,00	15	12,30
41–60 lat	1	1,69	47	79,66	10	16,95	1	1,69	59	48,36
Powyżej 60 lat	0	0,00	28	68,29	10	24,39	3	7,32	41	33,61
Razem	6	4,92	91	74,59	21	17,21	4	3,28	122	100,00
Wynik analizy	$\chi^2 = 26{,}2176$		$\chi^2_{0,05;9} = 16{,}9190$		$r = 0{,}3311$		$p = 0{,}00188$			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Przeprowadzona analiza wykazała, że świadomość respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych była w bardzo istotny statystycznie sposób ($p < 0{,}001$) zależna od wykształcenia ankietowanych. Potwierdza to również wynik testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 48{,}6717$), który był znacznie wyższy od wartości oczekiwanej ($\chi^2_{0,05;9} = 16{,}9190$). Dodatni współczynnik korelacji *r* Pearsona ($r = 0{,}4802$) świadczy o tym, że osoby z wyższym wykształceniem posiadały zdecydowanie lepszą świadomość w zakresie zachowań zdrowotnych niż osoby z niższym wykształceniem (tabela 4).

Tabela 4. Analiza korelacji pomiędzy świadomością respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych a ich wykształceniem

Wykształcenie	Aktywność w zakresie zachowań zdrowotnych								Razem	
	Niska		Umiarkowana		Dobra		Bardzo dobra			
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%
Podstawowe	4	40,00	6	60,00	0	0,00	0	0,00	10	8,20
Zawodowe	2	5,26	35	92,11	1	2,63	0	0,00	38	31,15
Średnie	0	0,00	39	73,58	12	22,64	2	3,77	53	43,44
Wyższe	0	0,00	11	52,38	8	38,10	2	9,52	21	17,21
Razem	6	4,92	91	74,59	21	17,21	4	3,28	122	100,00
Wynik analizy	$\chi^2 = 48{,}6717$		$\chi^2_{0,05;9} = 16{,}9190$		$r = 0{,}4802$		$p < 0{,}001$			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analiza wykazała, że świadomość respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych była w bardzo istotny statystycznie sposób ($p = 0{,}00337$) zależna od miejsca zamieszkania ankietowanych. Potwierdza to również wynik testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 13{,}6807$), który był wyższy od wartości oczekiwanej ($\chi^2_{0,05;3} = 7{,}8147$). Dodatni współczynnik korelacji *r* Pearsona ($r = 0{,}2589$) świadczy o tym, że osoby mieszkające w mieście posiadały lepszą świadomość w zakresie zachowań zdrowotnych niż badani mieszkający na wsi (tabela 5).

Tabela 5. Analiza korelacji pomiędzy świadomością respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych a ich miejscem zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Aktywność w zakresie zachowań zdrowotnych								Razem	
	Niska		Umiarkowana		Dobra		Bardzo dobra			
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%
Wieś	5	16,67	22	73,33	3	10,00	0	0,00	30	24,59
Miasto	1	1,09	69	75,00	18	19,57	4	4,35	92	75,41
Razem	6	4,92	91	74,59	21	17,21	4	3,28	122	100,00
Wynik analizy	$\chi^2 = 13{,}6807$		$\chi^2_{0,05;3} = 7{,}8147$		$r = 0{,}2589$		$p = 0{,}00337$			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Przeprowadzona analiza wykazała, że świadomość respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych była w istotny statystycznie sposób ($p = 0{,}0147$) zależna od stanu cywilnego ankietowanych. Potwierdza to również wynik testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 20{,}5711$), który był wyższy od wartości oczekiwanej ($\chi^2_{0,05;9} = 16{,}9190$). Dodatni współczynnik korelacji *r* Pearsona ($r = 0{,}0836$) świadczy o niewielkiej zależności pomiędzy zmiennymi, ale potwierdza, że najlepszą świadomość w zakresie zachowań zdrowotnych odnotowano wśród osób w związku małżeńskim (tabela 6).

Tabela 6. Analiza korelacji pomiędzy świadomością respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych a ich stanem cywilnym

Stan cywilny	Aktywność w zakresie zachowań zdrowotnych								Razem	
	Niska		Umiarkowana		Dobra		Bardzo dobra			
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%
Panna/kawaler	5	17,24	21	72,41	3	10,34	0	0,00	29	23,77
Mężatka/żonaty	0	0,00	49	72,06	16	23,53	3	4,41	68	55,74
Wdowa/wdowiec	1	14,29	5	71,43	1	14,29	0	0,00	7	5,74
Rozwiedziony/ rozwiedziona	0	0,00	16	88,89	1	5,56	1	5,56	18	14,75
Razem	6	4,92	91	74,59	21	17,21	4	3,28	122	100,00
Wynik analizy	$\chi^2 = 20{,}5711$		$\chi^2_{0,05;9} = 16{,}9190$		$r = 0{,}0836$		$p = 0{,}0147$			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analiza wykazała, że świadomość respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych była w bardzo istotny statystycznie sposób ($p < 0{,}001$) zależna od ich źródła utrzymania. Potwierdza to również wynik testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 41{,}7270$), który był znacznie wyższy od wartości oczekiwanej ($\chi^2_{0,05;9} = 16{,}9190$). Ujemny współczynnik korelacji *r* Pearsona ($r = -0{,}0995$) świadczy o niewielkiej zależności pomiędzy zmiennymi, ale potwierdza, że najlepszą aktywność w zakresie zachowań zdrowotnych odnotowano wśród osób, które były aktywne zawodowo (tabela 7).

Tabela 7. Analiza korelacji pomiędzy świadomością respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych a ich źródłem utrzymania

Źródło utrzymania	Aktywność w zakresie zachowań zdrowotnych								Razem	
	Niska		Umiarkowana		Dobra		Bardzo dobra			
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%
Praca zawodowa	0	0,00	64	76,19	16	19,05	4	4,76	84	68,85
Renta	4	44,44	4	44,44	1	11,11	0	0,00	9	7,38
Emerytura	1	3,85	21	80,77	4	15,38	0	0,00	26	21,31
Inne	1	33,33	2	66,67	0	0,00	0	0,00	3	2,46
Razem	6	4,92	91	74,59	21	17,21	4	3,28	122	100,00
Wynik analizy	$\chi^2 = 41{,}7270$		$\chi^2_{0,05;9} = 16{,}9190$		$r = -0{,}0995$		$p < 0{,}001$			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Przeprowadzona analiza wykazała, że świadomość respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych nie była w istotny statystycznie sposób ($p = 0{,}2106$) zależna od czasu trwania choroby. Potwierdza to również wynik testu chi-kwadrat ($\chi^2 = 15{,}5931$), który był niższy od wartości oczekiwanej (tabela 8).

Tabela 8. Analiza korelacji pomiędzy świadomością respondentów w zakresie zachowań zdrowotnych a czasem trwania choroby

Czas trwania choroby	Aktywność w zakresie zachowań zdrowotnych								Razem	
	Niska		Umiarkowana		Dobra		Bardzo dobra			
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%
Mniej niż rok	2	0,00	9	76,19	0	19,05	0	4,76	11	9,02
1–5 lat	3	44,44	31	44,44	4	11,11	2	0,00	40	32,79
6–10 lat	1	3,85	17	80,77	3	15,38	0	0,00	21	17,21
11–20 lat	0	33,33	16	66,67	7	0,00	1	0,00	24	19,67
Powyżej 20 lat	0	0,00	18	69,23	7	26,92	1	3,85	26	21,31
Razem	6	4,92	91	74,59	21	17,21	4	3,28	122	100,00
Wynik analizy	$\chi^2 = 15{,}5931$		$\chi^2_{0,05;12} = 21{,}0261$		$r = 0{,}2590$		$p = 0{,}2106$			

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dyskusja

Nadciśnienie tętnicze jest jednym z najczęstszych schorzeń układu krążenia, stanowiącym poważne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Właściwe leczenie oraz samokontrola wymagają od chorych podejmowania systematycznych praktyk zdrowotnych, takich jak dieta, aktywność fizyczna czy unikanie stresu. Zachowania te są zależne od wielu czynników i mają wpływ na przebieg choroby oraz rokowania. Wskazanie obszarów wymagających ulepszenia oraz określenie skutecznych działań w tym zakresie są niezbędne do poprawy stanu zdrowia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. W badaniach własnych zdecydowana większość respondentów charakteryzowała się umiarkowanym poziomem zachowań zdrowotnych, co wymagałoby poprawy. Badania przeprowadzone przez Szwiec i wsp. wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wykazały, że wyniki dotyczące ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych mieszczą się na średnim poziomie. Tylko 32% przedstawicieli badanej grupy podejmowało odpowiednie działania prozdrowotne. Autorki podkreślają, że istnieje potrzeba edukacji pacjentów na temat tych zachowań [4].

W omawianych badaniach własnych wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym kobiety prezentowały wyższy poziom zachowań prozdrowotnych niż mężczyźni. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Murray i wsp. Kobiety miały większą skłonność do zdrowego stylu życia, obejmującego regularną aktywność fizyczną, zdrowe odżywianie, unikanie używek, a także regularne badania lekarskie, co pozytywnie wpływało na kontrolę ciśnienia tętniczego krwi i ogólną poprawę stanu zdrowia. Kobiety posiadały też większą skłonność do szukania pomocy medycznej i pozyskiwania informacji na temat swojej kondycji [5].

W badaniach własnych dowiedziono również, że osoby starsze charakteryzują się wyższym poziomem prawidłowych zachowań zdrowotnych od pozostałych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Ward i wsp. stwierdzili, że starsi pacjenci z nadciśnieniem tętniczym mają większą skłonność do regularnego monitorowania

ciśnienia tętniczego krwi, stosowania zaleconych leków i zmiany stylu życia w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej i ograniczenia spożycia soli i tłuszczów, co prowadzi do poprawy kontroli ciśnienia tętniczego krwi i zmniejszenia ryzyka chorób sercowo-naczyniowych [6].

Chorujące na nadciśnienie tętnicze osoby z wyższym wykształceniem oraz mieszkańcy miast częściej wykazują zachowania prozdrowotne niż osoby z niższymi kwalifikacjami oraz mieszkańcy wsi. Dowiedziono, że pacjenci z nadciśnieniem tętniczym posiadający wykształcenie wyższe wykazują większą skłonność do podejmowania zdrowotnych zachowań, takich jak zwiększanie aktywności fizycznej, zdrowe odżywianie, unikanie używek i regularne badania lekarskie, co przyczynia się do poprawy kontroli ciśnienia tętniczego krwi i ogólnego stanu zdrowia [7]. Osoby z wykształceniem wyższym mają lepszą wiedzę na temat chorób sercowo-naczyniowych i większą skłonność do zapobiegania im poprzez zdrowy styl życia [8].

W badaniach własnych dowiedziono, że mieszkańcy miast chętniej podejmują zdrowe zachowania niż mieszkańcy wsi. Inne badania wykazały, że mieszkańcy miast z nadciśnieniem tętniczym są bardziej skłonni do zmniejszania spożycia soli oraz tłuszczów, a także do zwiększania aktywności fizycznej niż mieszkańcy wsi cierpiący na tę samą chorobę [9]. Mieszkańcy miast chorujący na nadciśnienie tętnicze mają ponadto większą skłonność do regularnego monitorowania ciśnienia tętniczego krwi i stosowania zaleconych leków [9].

Z badań własnych wynika również, że osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze będące w związku małżeńskim charakteryzują się wyższym poziomem prawidłowych zachowań zdrowotnych niż osoby stanu wolnego. Według wniosków Pettey i wsp. partnerzy osób z nadciśnieniem tętniczym częściej włączają się w proces dbania o zdrowie swojej drugiej połówki, co przekłada się na lepszą kontrolę choroby [10].

Wyniki badań własnych dowodzą także, że osoby z nadciśnieniem tętniczym, które są aktywne zawodowo, prezentują wyższy poziom zachowań prozdrowotnych. Jak wykazali Osama i wsp., osoby pracujące zawodowo są bardziej świadome swojego zdrowia i dążą do utrzymania dobrego samopoczucia zarówno w pracy, jak i w życiu prywatnym [11].

Wnioski

1. Poziom zachowań zdrowotnych pacjentów z nadciśnieniem tętniczym nie jest wystarczająco wysoki.
2. Zachowania zdrowotne są zależne od wielu czynników, takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, źródło utrzymania.
3. Istotne są wskazanie zachowań prozdrowotnych oraz określenie skutecznych działań w tym zakresie.

Bibliografia

1. Heszen-Celińska I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydanie nowe, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.
2. Barbaresko J., Rienks J., Nöthlings U.: Lifestyle indices and cardiovascular disease risk: A meta-analysis, American Journal of Preventive Medicine, 2018; 55(4): 555–564. doi: 10.1016/j.amepre.2018.04.046.
3. Owczarek K., Fijałkowska I. (red.): Psychologia. Medycyna. Zdrowie, t. 3, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2022.
4. Szwiec M., Bryłka B., Wieder-Huszla S., Kędzierska A., Włodarska J., Jurczak A.: Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, Pielęgniarstwo Polskie, 2019; 4(74): 354–361. https://pielegniarstwo.ump.edu.pl/uploads/2019/4/354_4_74_2019.pdf [dostęp: 8.07.2026].
5. Murray E.T., Taylor Ch.A., Hegarty J.P.: Gender differences in health behaviors and health-related quality of life among patients with hypertension, The Journal of Clinical Hypertension, 2015; 17(3): 205–211.
6. Ward R.E., Johar R.S., Lutz M.E.: The association of health-related behaviors and chronic conditions with hypertension and diabetes, Preventive Medicine Reports, 2018; 11(1): 87–92.
7. Sawicka K., Szczepańska J., Łuczyk R., Wawryniuk A., Prasał M.: Ocena poziomu wiedzy pacjentów z chorobą nadciśnieniową w zakresie profilaktyki i powikłań nadciśnienia tętniczego, Journal of Education, Health and Sport, 2016; 6(12): 296–321.
8. Michoń J., Uchmanowicz I., Lomper K., Rycombel A.: Wpływ edukacji zdrowotnej na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym, Problemy Pielęgniarstwa, 2014; 22(3): 319–326.
9. Wenfang C., Aiming L., Leilei J.: The relationship between urban-rural status and the control of hypertension among patients with hypertension in China, Journal of Human Hypertension, 2018; 32(8): 550–556. https://www.nature.com/articles/s41371-018-0068-9 [dostęp: 10.05.2023].
10. Pettey C.M., McSweeney J.C., Souder E.: Partner support and dietary adherence among individuals with hypertension, Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 2012; 44(3): 229–236.
11. Osama T., El-Sayed A.F., Mostafa M.: Health-promoting behaviors among patients with hypertension: A cross-sectional study in the city of Jeddah, Saudi Arabia, BMC Public Health, 2019; 19(1): 167.

10. Opieka pielęgniarska nad pacjentką z chorobą Hashimoto

Nursing care for a patient with Hashimoto's thyroiditis

Małgorzata Chomont[1, a]

[1] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław

[a] https://orcid.org/0009-0003-5181-0732

Abstrakt

Wstęp: Tarczyca to niewielki gruczoł, który odpowiada za magazynowanie i produkowanie hormonów tarczycowych. Główną rolą tego gruczołu jest synteza tyroksyny i trójjodotyroniny, kontrolujących procesy metaboliczne zachodzące w organizmie, oraz kalcytoniny, która kontroluje poziom wapnia we krwi. Na prawidłowe działanie tarczycy mają wpływ zasób jodu, przysadka mózgowa, białka transportujące krew, podwzgórze oraz enzymy. Gdy przeciwciała skierowane są przeciwko antygenom tarczycowym, występuje przewlekłe zapalenie tarczycy, określane mianem choroby Hashimoto. Choroba ta swój początek może mieć już w życiu płodowym, jak również rozwijać się na przestrzeni lat. Częściej występuje u kobiet i osób starszych. Niesie za sobą szereg objawów i powikłań. Ze względu na autoimmunologiczne podłoże choroby Hashimoto nie istnieje skuteczna metoda zapobiegania jej wystąpieniu ani rozwojowi związanej z nią niedoczynności tarczycy. Prowadzenie zdrowego stylu życia, obejmującego odpowiednio zbilansowaną dietę zapewniającą właściwą podaż jodu, redukcję stresu oraz eliminację nałogów, może jednak korzystnie wpływać na ogólny stan zdrowia i wspierać prawidłowe funkcjonowanie tarczycy. Kluczowe są zatem odpowiednia diagnostyka, a także poprawa stylu życia.

Cel pracy: Przedstawienie opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z chorobą Hashimoto.

Materiał i metody: W pracy zastosowano metodę kazuistyczną, studium przypadku pacjentki z chorobą Hashimoto. W celu zebrania informacji o pacjentce zostały użyte następujące techniki badawcze: obserwacja, wywiad, analiza dokumentacji medycznej i pomiary.

Wyniki: Wykorzystane w pracy narzędzia i techniki badawcze wyłoniły problemy, z jakimi zmaga się pacjentka chorująca na niedoczynność tarczycy. Choroba, jaką jest niedoczynność tarczycy, charakteryzuje się różnymi formami przebiegu. Hashimoto może być zarówno uboga w objawy, mylona z innymi jednostkami chorobowymi, jak i przesycona dolegliwościami typowymi dla niedoczynności. Niezwykle istotne są postawienie szybkiej diagnozy i odpowiednia opieka pielęgniarska,

które stanowią klucz do zapewnienia lepszego życia pacjentowi oraz jego najbliższym.

Wnioski: Opieka i czynności pielęgniarskie w przypadku pacjentki chorującej na chorobę Hashimoto obejmowały w głównej mierze łagodzenie uciążliwych objawów, obserwację stanu zdrowia pacjentki, edukację, udzielanie wsparcia psychologicznego i emocjonalnego. Działania te zwiększyły jej wiedzę na temat radzenia sobie z chorobą, a także dodały motywacji niezbędnej do całego procesu leczenia.

Słowa kluczowe: choroba, Hashimoto, pacjentka, tarczyca, hormony.

Abstract

Introduction: The thyroid is a small gland responsible for storing and producing thyroid hormones. Its main role is to synthesize thyroxine and triiodothyronine, which control metabolic processes in the body, and calcitonin, which regulates blood calcium levels. Proper thyroid function is influenced by iodine levels, the pituitary gland, blood transport proteins, the hypothalamus, and enzymes. When antibodies are directed against thyroid antigens, chronic thyroiditis, known as Hashimoto's disease, occurs. This disease can begin in utero and develop over time. It is more common in women and the elderly. It carries a range of symptoms and complications. Due to its autoimmune origin, there is no effective method to prevent its onset or the development of the associated hypothyroidism. Maintaining a healthy lifestyle, including a well-balanced diet that provides adequate iodine intake, stress reduction, and addiction control, can positively impact overall health and support proper thyroid function. Therefore, appropriate diagnosis and lifestyle improvements are crucial.

Aim of the study: To present nursing care for a patient with Hashimoto's thyroiditis.

Materials and methods: This study utilized a case study approach, an individual case study of a patient with Hashimoto's thyroiditis. The following research techniques were used to gather information about the patient: observation, interview, analysis of medical records, and measurements.

Results: The research tools and techniques used in the study revealed the problems faced by the patient with hypothyroidism. Hypothyroidism has various manifestations. Hashimoto's thyroiditis can be asymptomatic, confused with other conditions, or rife with symptoms typical of hypothyroidism. Prompt diagnosis and appropriate nursing care are crucial and key to ensuring a better life for the patient and their loved ones.

Conclusions: Nursing care and activities for this patient with Hashimoto's thyroiditis primarily included alleviating bothersome symptoms, monitoring the patient's health, providing education, and providing psychological and emotional support. These activities increased her knowledge of coping with the disease and provided the motivation necessary for the entire treatment process.

Keywords: disease, Hashimoto's thyroiditis, patient, thyroid, hormones.

Wstęp

Gruczoł tarczowy, inaczej zwany tarczycą, to narząd układu endokrynnego, położony przed krtanią na wysokości między II a VI chrząstką tchawicy. Zbudowany jest z dwóch części, tzw. płatów, które są połączone cieśnią. Narząd ten kształtuje się już na wczesnych etapach życia płodowego w pobliżu rozwijającego się języka. Tarczyca jest narządem bardzo obficie unaczynionym. Zaopatrywana jest w krew przez dwie tętnice tarczowe górne, dwie tętnice tarczowe dolne oraz tętnicę tarczową najniższą. Żyły odprowadzające krew z tarczycy to żyły tarczowe dolne, żyła tarczowa środkowa i żyła tarczowa górna [1].

Kształt tarczycy możemy porównać do motyla. Zbudowana jest z pęcherzyków, które biorą udział w produkowaniu hormonów tarczycowych. Pęcherzyki z zewnątrz otoczone są nabłonkiem, a od wewnątrz wypełnia je żel, który przechowuje wyprodukowane hormony, nazywany koloidem. Głównym składnikiem żelu jest tyreoglobulina, czyli białko biorące udział w syntezie hormonów. Grupy pęcherzyków tarczycy są rozdzielone pasmami tkanki łącznej, która jest bogato unaczyniona. Oprócz komórek pęcherzykowych w tarczycy występują również komórki C (parafolikularne), odpowiedzialne za syntezę kalcytoniny. Hormon ten, wraz z parathormonem produkowanym przez przytarczyce, odgrywa istotną rolę w regulacji gospodarki wapniowo-fosforanowej oraz utrzymaniu prawidłowego metabolizmu i rozwoju tkanki kostnej. Masa tarczycy oscyluje pomiędzy 15 a 30 gramów [2]. Niezależnie od wieku człowieka tarczyca i jej hormony pełnią bardzo istotne funkcje, konieczne do prawidłowego funkcjonowania organizmu.

Kluczowym elementem, niezbędnym do syntezy hormonów tarczycy, jest jod, dostarczany do organizmu głównie z pożywieniem. Wchłanianie jodu odbywa się w jelicie cienkim. Następnie jodki są pobierane z krwi za pośrednictwem specjalnych transporterów, co umożliwia ich gromadzenie w tarczycy w stężeniu znacznie wyższym niż w osoczu. Czasami, np. z powodu niedożywienia, ilość jodu w organizmie jest niewystarczająca, wtedy automatycznie uruchamiają się procesy zwiększenia syntezy symporterów sodowo-jodowych, za co odpowiada tyreotropina. Dodatkowo jej funkcją jest odpowiednie umiejscowienie symportera w błonie komórkowej [3].

Hormony tarczycy są niezbędne do rozwoju płciowego, jak również mają wpływ na rozwój kości oraz metabolizm prawie każdej komórki ludzkiego organizmu. Znacząco wpływają na rozwój umysłu człowieka. Odpowiadają za odpowiedni rozwój układu nerwowego – kory mózgowej oraz unaczynienia ośrodkowego układu nerwowego. Dodatkowo uczestniczą w procesach energetycznych organizmu – syntezie białek, produkowaniu ciepła, przemianie tłuszczów, a także węglowodanów [4].

Wytwarzanie i wydzielanie hormonów tarczycy jest regulowane przez oś podwzgórze–przysadka–tarczyca. Podwzgórze produkuje tyreoliberynę (TRH), która pobudza przedni płat przysadki mózgowej do wydzielania hormonu tyreotropowego (TSH). TSH z kolei stymuluje tarczycę do syntezy i wydzielania trójjodotyroniny (T3) oraz tyroksyny (T4). W sytuacji obniżenia stężenia hormonów tarczycy we krwi dochodzi do zwiększenia wydzielania TRH i TSH, co nasila produkcję T3 i T4 [5].

Trójjodotyronina tylko w 25% powstaje w tarczycy, pozostała jej ilość jest produkowana w mięśniach szkieletowych, nerkach, wątrobie oraz komórkach, na które ten hormon powinien mieć wpływ. Enzym biorący udział w syntezie hormonów tarczycy nazywamy tyreoperoksydazą. Dzięki niemu jod przekształca się tak, aby łączył się z tyreoglobuliną – białkiem koniecznym do produkcji hormonów tarczycowych [6]. Tyroksyna jest prekursorem dla T3. Jest on produkowany głównie przez tarczycę. T4 to zdecydowanie słabszy hormon. Jego aktywność określa się jako od trzech do ośmiu razy mniejszą niż T3. Przez organizm wydzielany jest enzym o nazwie dejodynaza. Odpowiada on za przemianę tyroksyny w nieaktywną rT3 oraz aktywną T3. Jeśli zaś zaistnieje taka konieczność, w celu zachowania równowagi ten sam enzym niszczy powstałe T3 i T4 [7].

Zaburzenia hormonalne tarczycy nie muszą być skutkiem jedynie procesów chorobowych tarczycy; inne tkanki i narządy funkcjonujące w nieodpowiedni sposób także mogą być przyczyną tych zaburzeń. Na prawidłowe działanie tarczycy w warunkach fizjologicznych wpływają zarówno hormony tarczycy, jak i m.in. zasoby jodu, białka transportujące krwi, przysadka mózgowa, podwzgórze [5].

Do najczęściej występujących diagnozowanych w gabinecie lekarza endokrynologa chorób należą niedoczynność bądź nadczynność tarczycy. Niedoczynność tarczycy określamy jako niedobór hormonów, wynik poniżej szeroko pojętej normy. Jedną z najczęstszych przyczyn tego zjawiska jest autoimmunologiczna choroba Hashimoto. Nadczynność tarczycy w większości przypadków jest spowodowana chorobą Gravesa–Basedowa [8].

Choroba Hashimoto to przewlekłe limfocytowe zapalenie gruczołu tarczowego, skutkujące jego niedoczynnością. Spowodowane jest postępującym uszkodzeniem gruczołu tarczowego na skutek reakcji autoimmunologicznej. W tej sytuacji wytwarzane są przeciwciała skierowane przeciwko tyreoperoksydazie (anty-TPO) i tyreoglobulinie (anty-TG).

W ostatnich latach obserwuje się stały wzrost liczby osób z rozpoznanymi chorobami tarczycy, szczególnie z niedoczynnością tarczycy oraz przewlekłym autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy typu Hashimoto. Zjawisko to, ze względu na powszechność występowania, bywa określane mianem „epidemii chorób tarczycy". Określenie to ma jednak charakter potoczny i odnosi się do rosnącej skali problemu zdrowotnego. Na niedoczynność zdecydowanie częściej chorują kobiety oraz osoby po 60. roku życia, szczególnie zaś narażone są kobiety w ciąży lub te spożywające znikome ilości jodu [9]. Przewlekłe zapalenie tarczycy charakteryzuje się obecnością autoreaktywnych limfocytów, które naciekają tkankę tarczycy, a także obecnością przeciwciał skierowanych przeciwko antygenom tarczycowym – tyreoperoksydazie (anty-TPO) i tyreoglobulinie (anty-Tg) [10].

Nazwa choroby Hashimoto pochodzi od nazwiska Hakaru Hashimoto, który w 1912 roku jako pierwszy opisał tę jednostkę chorobową. W swoim opisie do zobrazowania powiększenia gruczołu tarczowego, któremu towarzyszą nacieki limfocytowe, użył on terminu „wole limfocytowe (*struma lymphomatosa*)" [11]. Przeciwciała atakują antygeny tarczycowe, ponieważ układ odpornościowy uznaje,

że tarczyca jest ciałem obcym, i w związku z tym próbuje ją zwalczyć. Produkcja przeciwciał atakujących komórki tarczycy skutkuje przewlekłym stanem zapalnym. Wynikiem tego procesu jest stopniowy rozwój niedoczynności tarczycy.

Początkowa faza choroby przebiega w mało specyficzny sposób – takie objawy określane są mianem subklinicznych. Należą do nich: uczucie ciągłego zmęczenia, przybranie na wadze, nadmierna senność. Objawami niedoczynności tarczycy są również depresja, zachowania agresywne, otępienie [12]. Ponadto wyróżnia się osłabienie i skurcze mięśni oraz mrowienie skóry. U dzieci może wystąpić opóźnienie wzrostu bądź dojrzewania płciowego. Stopień nasilenia objawów jest zróżnicowany. Ciężkie symptomy i powikłania neurologiczne są bardzo rzadkim zjawiskiem [13].

Leczenie i powikłania choroby Hashimoto

Choroba Hashimoto to choroba przewlekła. Pacjenci przyjmują leki przez całe życie. Dodatkowo terapię można wspomagać odpowiednią dietą. Niestety wiele osób nie decyduje się na leczenie [14]. Znając mechanizmy powstawania niedoczynności, można jej zapobiegać na wczesnym poziomie. W literaturze przedmiotu jedną z najczęściej wymienianych metod zapobiegania jest odpowiednia podaż jodu, dostarczanego w głównej mierze przez pożywienie, a także suplementację oraz środowisko, w którym jod utrzymuje się w wysokim stężeniu [15].

Konsekwencje niedoboru jodu mogą być bardzo poważne dla organizmu. Mogą one doprowadzić do powstawania woli, opóźnienia rozwoju fizycznego i psychicznego u dzieci. U kobiet w ciąży zwiększa się ryzyko martwych urodzeń lub poronienia. Jod znajdziemy w różnego rodzaju rybach, najlepiej śródziemnomorskich, takich jak mintaj, dorsz; zawierają go też krewetki. Wiele owoców i warzyw również może zapewnić nam dzienne zapotrzebowanie jodu, np. brokuły, szpinak, orzechy brazylijskie i borówki [16]. Często się zdarza, że osoby nieleczące się na chorobę Hashimoto nie są świadome, że chorują. W tym czasie mogą się pojawić powikłania. Chorzy, którzy się nie leczą, w dużej mierze mają problem z zachowaniem odpowiedniej masy ciała. Spowodowane jest to spadkiem podstawowej przemiany materii, co prowadzi do powstawania otyłości. Najczęstsza jest otyłość androidalna, czyli zwiększona ilość tkanki tłuszczowej umiejscowiona w obrębie jamy brzusznej. Powoduje ona wzrost ryzyka zachorowalności na choroby układu sercowo-naczyniowego oraz cukrzycę [17]. Skutkiem niedoborów hormonów tarczycy mogą być także zaburzenia psychiczne. Zdarza się, że czasami ujawniają się jako pierwsze objawy choroby Hashimoto. Najczęściej można zauważyć wspomniane zaburzenia depresyjne, występujące w pełnej postaci lub jako depresja maskowana. Ponadto u pacjentów odnotowuje się rozdrażnienie i nerwowość lub ciągłe wahania nastroju [18]. Badania wykonywane w Wielkiej Brytanii wykazały, że ryzyko depresji u osoby z chorobą Hashimoto wzrasta nawet sześciokrotnie [19]. Zaburzenie wydzielania hormonów tarczycowych powoduje nie tylko depresję, ale również encefalopatię Hashimoto. Jest to zespół o ciężkim przebiegu, który prowadzi do zmian stanu psychicznego, a także objawów psychotycznych. Mogą

one obejmować drżenia ciała, zaburzenia świadomości, epizody zbliżone do udaru oraz napady padaczkowe. Dodatkowo u pacjentów często wyróżnia się zaburzenia mowy, apraksję, afazję oraz zaburzenia pamięci. Szacuje się, że zmiany te dotyczą około 90% pacjentów [20]. Jedną z pierwszych przypadłości zauważanych przez chorych jest powstawanie zmian skórnych. Skóra staje się sucha, często zrogowaciała, co widoczne jest głównie na łokciach i kolanach. Choroba wpływa też bardzo negatywnie na włosy, które zaczynają się wysuszać i wypadać. Opisanym zmianom mogą towarzyszyć obrzęki twarzy [21].

Podstawowym celem leczenia choroby Hashimoto jest wpływ na hormony pacjenta i przywrócenie ich do stanu fizjologicznego. Najczęściej stosuje się terapię hormonami tarczycy w postaci tabletek. Leki powinny być przyjmowane na czczo, 30–60 minut przed pierwszym posiłkiem. Regularne stosowanie środków farmaceutycznych może przywrócić stężenie TSH do norm fizjologicznych [22]. Pomimo że nie ma naukowych dowodów potwierdzających wpływ diet eliminacyjnych na przebieg choroby Hashimoto, chorym zaleca się zmianę stylu życia oraz żywienia [23]. Holistyczna i indywidualna opieka nad pacjentem z niedoczynnością tarczycy może znacząco pomóc w długotrwałym procesie rekonwalescencji oraz wpłynąć pozytywnie na poprawę jego samopoczucia w sferach fizycznej i psychicznej. Niezbędnym elementem jest również zgłębienie przez pacjenta wiedzy na temat tej jednostki chorobowej.

Cel pracy

Przedstawienie opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z chorobą Hashimoto.

Materiał i metody

W badaniach posłużono się metodą indywidualnego przypadku (*case study*). Podmiotem badań była czterdziestodziewięcioletnia pacjentka z chorobą Hashimoto. Wykorzystano szereg technik, takich jak: wywiad pielęgniarski oraz niezbędne pomiary, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej chorej. Narzędziem badawczym był kwestionariusz wywiadu.

Organizacja i przebieg badań

Badania prowadzone były w 2024/2025 roku w środowisku domowym pacjentki, gdzie przeprowadzono z nią dokładny wywiad. Dzięki niemu uzyskano szczegółowe informacje o stanie jej zdrowia oraz przebiegu choroby. Dokonano niezbędnych pomiarów. Została zweryfikowana dotychczasowa dokumentacja medyczna. Zdefiniowano problemy pielęgnacyjne, a także zaplanowano odpowiednią opiekę.

Opis przypadku

Badaniu została poddana pacjentka w wieku 49 lat, mieszkająca ze swoim mężem i dziećmi w domu jednorodzinnym na wsi. Kobieta była czynna zawodowo. W wyniku przeprowadzonego wywiadu uzyskano informację, że pacjentka nie prowadzi aktywnego trybu życia, nie uprawia żadnych sportów, rzadko wychodzi na spacery. Ponadto nie stosuje żadnej diety, spożywa zbyt dużo słodyczy, zmaga się z nadwagą. Z powodu choroby trudno jej obniżyć masę ciała. Kobieta pije za małą ilość płynów, czego konsekwencją jest wysuszona skóra na kolanach i łokciach. Kondycja włosów nie jest dobra – są osłabione, cienkie i wypadają. Wywiad z pacjentką ujawnił również problem epizodów depresyjnych oraz zachowań nerwicowych. Pacjentka nie lubi przebywać sama w domu, odczuwa strach i smutek, szczególnie wieczorami. Rzadko widuje się ze znajomymi, a wobec obcych czuje apatię. Kobieta cierpi na problemy ze snem. Śpi za dużo, około 10 godzin każdej nocy, w dzień zaś odbywa drzemki z powodu osłabienia. Odczuwa obawy przed utratą równowagi podczas przyjmowania pozycji stojącej. Pacjentka objęta jest opieką poradni okulistycznej, endokrynologicznej oraz ginekologicznej. Stara się regularnie zażywać leki na Hashimoto.

Problemy pielęgnacyjne pacjentki

Przeprowadzony wywiad, dokumentacja medyczna oraz pomiary wskazały na opisane niżej problemy pielęgnacyjne pacjentki.

Problem 1

Epizody depresyjne wywołane deficytem hormonów gruczołu tarczycowego.

Cel:
Zmniejszenie lub eliminacja epizodów depresyjnych.

Działania pielęgniarskie:

1. Wytłumaczenie związku choroby Hashimoto z możliwością występowania zaburzeń depresyjnych.
2. Zachęcenie pacjentki do terapii psychologicznej lub psychoterapeutycznej.
3. Edukacja pacjentki zachęcająca do regularnych badań poziomu hormonów tarczycowych.
4. Edukacja pacjentki na temat sposobów radzenia sobie ze stresem, takich jak medytacja, relaksacja, ćwiczenia oddechowe oraz modlitwy.
5. Zachęcenie do większej aktywności sportowej oraz spotkań towarzyskich.
6. Zapewnienie wsparcia emocjonalnego, wysłuchanie i pomoc w trudnych momentach.

Realizacja:

1. Poinformowano pacjentkę, dlaczego chorobie Hashimoto towarzyszą zaburzenia depresyjne.
2. Zapewniono możliwość pomocy psychologa lub psychoterapeuty, zaproponowano najbliższe placówki.
3. Poinformowano o zależności pomiędzy samopoczuciem a wartością hormonów tarczycowych.
4. Zaproponowano metody radzenia sobie ze stresem, m.in. medytację, relaksację, ćwiczenia oddechowe oraz modlitwę.
5. Przedstawiono istotę aktywności sportowej oraz spotkań z bliskimi, przyjaciółmi.
6. Pacjentka otrzymała wsparcie emocjonalne oraz pomoc w sytuacjach, które były dla niej trudne.

Ocena:

Pacjentka wprowadziła w swoim życiu zmiany, bada się regularnie, częściej spotyka się z bliskimi i stosuje modlitwę oraz medytację. Częstotliwość epizodów depresyjnych znacznie się zmniejszyła.

Problem 2

Zły stan paznokci i włosów w przebiegu choroby Hashimoto.

Cel:

Poprawa kondycji włosów i paznokci.

Działania pielęgniarskie:

1. Zalecenie używania nawilżającego kremu do rąk i paznokci.
2. Zachęcenie do stosowania rękawic ochronnych podczas wykonywania prac domowych, co ma na celu unikanie kontaktu z detergentami.
3. Zasugerowanie stosowania odżywek do paznokci.
4. Edukacja pacjentki na temat odpowiedniej pielęgnacji włosów, przedstawienie szamponów, odżywek. Poinformowanie o skutkach zbyt częstego mycia, ciepłych stylizacji, w tym częstego prostowania włosów.
5. Zalecenie zabiegów na skórę głowy, takich jak peeling, wcierka oraz używanie masażera skóry głowy.

Realizacja:

1. Przedstawiono istotę odpowiedniego nawilżania skóry dłoni i paznokci.
2. Zalecono stosowanie rękawic ochronnych w styczności z detergentami.
3. Zaprezentowano odżywki do paznokci.

4. Wyedukowano pacjentkę w kwestii pielęgnacji włosów. Dobrano odpowiedni szampon oraz odżywkę. Przestrzeżono przed zbyt częstym myciem, ciepłymi stylizacjami.
5. Zasugerowano stosowanie peelingu skóry głowy raz na dwa tygodnie oraz wcierki do skóry głowy i masażera, który pobudza cebulki włosów. Zabiegi te przyspieszają wzrost włosów, co prowadzi do ich zagęszczenia.

Ocena:
Pacjentka zaczęła używać odpowiednio dobranych preparatów do skóry, paznokci oraz włosów, dzięki czemu ich stan się poprawił.

Problem 3

Dyskomfort w klatce piersiowej i kołatanie serca.

Cel:
Zmniejszenie uczucia dyskomfortu w klatce piersiowej oraz kołatania serca.

Działania pielęgniarskie:
1. Obserwacja charakteru dyskomfortu, monitorowanie pracy serca.
2. Wykonanie EKG.
3. Monitorowanie tętna pacjentki.
4. Podawanie zaleconych leków zmniejszających niepokojące dla pacjentki objawy.
5. Obserwacja pod kątem występowania innych niepokojących objawów kardiologicznych.
6. Eliminacja czynników wywołujących kołatanie.

Realizacja:
1. Oceniono charakter dyskomfortu występującego w klatce piersiowej, monitorowano pracę serca.
2. Wykonano EKG.
3. Monitorowano tętno pacjentki.
4. Podawano leki łagodzące niepokojące dla pacjentki objawy.
5. Obserwowano inne niepokojące objawy kardiologiczne.
6. Eliminowano czynniki wywołujące kołatanie: niski poziom nawodnienia, sytuacje stresowe.

Ocena:
Uczucie dyskomfortu i kołatanie serca znacznie się zmniejszyły, nastąpiła poprawa samopoczucia.

Problem 4

Chroniczne zmęczenie spowodowane osłabieniem podstawowej przemiany materii.

Cel:
Poprawa samopoczucia i podniesienie poziomu energii.

Działania pielęgniarskie:

1. Edukacja pacjentki na temat nieprawidłowości w funkcjonowaniu tarczycy i ich wpływu na poziom energii w ciągu dnia.
2. Edukacja na temat odpowiedniej diety, która wspiera funkcjonowanie tarczycy, a także unikania produktów zakłócających działanie tarczycy.
3. Objaśnienie znaczenia regularnego zażywania leków.
4. Zalecenie wykonania badań poziomu witamin w organizmie pacjentki.
5. Zalecenie regularnej aktywności fizycznej.
6. Omówienie różnych form odpoczynku, dobranych do możliwości i preferencji pacjentki.

Realizacja:

1. Przedstawiono nieprawidłowości w funkcjonowaniu tarczycy i ich wpływ na poziom energii w ciągu dnia.
2. Zalecono stosowanie diety pełnowartościowej, która wspomaga działanie tarczycy. Sporządzono z pacjentką spis produktów, których powinna unikać.
3. Porozmawiano na temat regularnego zażywania leków.
4. Zapisano pacjentkę na badania krwi w celu zmierzenia poziomu witamin w organizmie.
5. Zaproponowano pacjentce prostą aktywność fizyczną w formie rozciągania, a także inne formy aktywności, np. dojeżdżanie do pracy rowerem.
6. Przeprowadzono rozmowę na temat form relaksu.

Ocena:
Pacjentka zmieniła dietę oraz wprowadziła do planu dnia regularne ćwiczenia, w wyniku czego jej poziom energii się podwyższył.

Problem 5

Nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych powodująca zwiększone napięcie emocjonalne.

Cel:
Zmniejszenie napięcia emocjonalnego poprzez różne techniki relaksacyjne.

Działania pielęgniarskie:

1. Edukacja pacjentki na temat zależności pomiędzy chorobą Hashimoto a reakcją organizmu na czynniki stresogenne.

2. Krótkie szkolenie z technik zarządzania czasem, które pomogą dzielić zadania i zmniejszyć odczuwalną presję.
3. Opracowanie nowego planu dnia, uwzględniającego odpoczynek i relaks, a także aktywność fizyczną, która zmniejszy ilość produkowanego w organizmie kortyzolu.
4. Rozmowa o głównych źródłach stresu w życiu pacjentki.
5. Omówienie istoty spożywania regularnych posiłków i unikania substancji pobudzających (kofeina).
6. Zachęcenie do rozmów z bliskimi będących wsparciem emocjonalnym.

Realizacja:

1. Odbyto rozmowę o zależności pomiędzy chorobą Hashimoto a reakcją organizmu na sytuacje stresowe.
2. Przeprowadzono szkolenie z technik zarządzania czasem.
3. Zaproponowano nowy plan dnia, w którym znalazł się czas na odpoczynek oraz regularną aktywność fizyczną.
4. Zidentyfikowano czynniki wywołujące napięcie emocjonalne i stres u pacjentki.
5. Zachęcono pacjentkę do spożywania posiłków regularnie i wyjaśniono wpływ kofeiny na reakcje stresowe.
6. Zachęcono do rozmów z rodziną i przyjaciółmi mających na celu wsparcie emocjonalne.

Ocena:

Pacjentka zastosowała nowy plan dnia. Znajduje czas na relaks, a także aktywność fizyczną dzięki właściwemu zarządzaniu czasem. Zwiększyła również częstotliwość spotkań z bliskimi. Napięcie emocjonalne u pacjentki się zmniejszyło.

Problem 6

Zwolniona praca jelit powodująca zaparcia.

Cel:

Odzyskanie prawidłowego rytmu wypróżnień.

Działania pielęgniarskie:

1. Ocena nawyków żywieniowych pacjentki.
2. Polecenie stosowania diety lekkostrawnej i bogatobłonnikowej.
3. Kontrola rytmu wypróżnień oraz charakteru stolca.
4. Zachęcanie do regularnego korzystania z toalety. Wypróżnienia o stałej porze każdego dnia mogą pomóc w ustanowieniu regularnego rytmu jelit.
5. Przyjęcie odpowiednich środków wspomagających wypróżnienie się, gdyby wystąpiła taka potrzeba.
6. Zalecenie wypijania większej ilości wody w celu rozluźnienia mas kałowych.

7. Pokazanie wspierającego odpowiednie funkcjonowanie jelit masażu brzucha ruchami okrężnymi.
8. Zalecenie wizyty u gastroenterologa w przypadku dłuższego utrzymywania się zaparć.

Realizacja:

1. Przeanalizowano nawyki żywieniowe pacjentki.
2. Zaproponowano stosowanie produktów bogatych w błonnik oraz odpowiednią dietę.
3. Zalecono kontrolowanie częstotliwości wypróżnień oraz ocenę charakteru kału.
4. Zwrócono uwagę, aby nie wstrzymywać odczuwanych potrzeb wypróżniania się.
5. Poinformowano pacjentkę o możliwości przyjęcia preparatów przeczyszczających zgodnie z zaleceniami lekarza.
6. Zalecono spożywanie większej ilości płynów.
7. Pokazano odpowiednie ćwiczenia na lepsze funkcjonowanie jelit.
8. Przedstawiono możliwość konsultacji z gastroenterologiem w razie utrzymujących się zaparć.

Ocena:

Nawyki żywieniowe zostały przez pacjentkę zmienione poprzez wprowadzenie odpowiednio zbilansowanej diety dostosowanej do potrzeb organizmu oraz uwzględniającej produkty będące źródłem niezbędnych składników odżywczych. Chora podjęła działania mające na celu usprawnienie perystaltyki jelit. Częstotliwość występujących zaparć się zmniejszyła.

Wnioski

Opieka nad pacjentką z chorobą Hashimoto polegała głównie na kontrolowaniu objawów, następnie zmniejszeniu lub wyeliminowaniu występujących dolegliwości, jak również na udzielaniu wsparcia psychicznego. Należy też podkreślić, że kluczowa była edukacja na temat choroby. Dzięki skutecznie przeprowadzonej opiece pacjentka może normalnie funkcjonować w życiu codziennym. Rady i wskazówki udzielone podczas opieki znacząco zwiększyły jej świadomość na temat choroby i metod radzenia sobie z jej objawami.

Objęcie pacjentki holistyczną opieką wpłynęło pozytywnie na jej stan zdrowia dzięki uwzględnieniu nie tylko aspektów fizycznych, ale także psychicznych, emocjonalnych i społecznych. Przyczyniło się to do zwiększenia skuteczności leczenia, poprawy jakości życia oraz ogólnego dobrostanu pacjentki.

Podsumowanie

Podejmowane interwencje pielęgniarskie prowadzone przez określony czas umożliwiły pogłębienie wiedzy pacjentki na temat niedoczynności tarczycy, zasad leczenia, a także znaczenia prawidłowego stylu życia w przebiegu choroby. Zasadne byłoby przeprowadzenie dalszych badań z udziałem większej liczby respondentów, szczególnie w grupie pacjentów z niedoczynnością tarczycy o podłożu autoimmunologicznym (chorobą Hashimoto). Analizy te mogłyby obejmować ocenę poziomu wiedzy chorych na temat objawów choroby, aktywności fizycznej, regularności stosowania terapii hormonalnej, przestrzegania zaleceń dietetycznych oraz wpływu choroby na jakość życia i funkcjonowanie pacjentów.

Bibliografia

1. Netter F.H.: Atlas anatomii człowieka, Edra Urban & Partner, Wrocław 2020: 40, 83–84.
2. Płaszewska-Żywko L., Kózka M. (red.): Diagnozy i interwencje w praktyce pielęgniarskiej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021: 315–321.
3. Brzozowski T. (red.): Fizjologia człowieka, Edra Urban & Partner, Wrocław 2019: 563.
4. Wentz I.: Hashimoto. Jak w 90 dni pozbyć się objawów i odzyskać zdrowie, Wydawnictwo Otwarte, Kraków 2022: 53–55.
5. Zaremba M.: Zatrzymaj Hashimoto, Wydawnictwo Pascal, Bielsko-Biała 2021: 37–38.
6. Płonczyński H.: Zdrowa tarczyca, Wydawnictwo Literat, Toruń 2020: 6–9.
7. Salitra M.: Jak planować postępowanie fizjoterapeutyczne u chorych na Hashimoto, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2019: 1–4.
8. Skoczek W., Salamaga Ł., Szymajda W.: Autoimmunologiczne choroby tarczycy – przegląd literatury, Postępy Biologii Komórki, 2020; 47(2): 119–140, 125.
9. Podlecki M.: Tarczyca: co to jest, funkcje, badania, choroby i leczenie. https://natu.care/pl/zdrowie/tarczyca [dostęp: 11.09.2024].
10. Ihnatowicz P., Ptak E.: Masz to we krwi. Morfologia, Hashimoto, cholesterol. Wyniki, diety, wskazówki, Wydawnictwo Publicat, Poznań 2019: 115–117.
11. Pietrzak M., Ostrzycka B., Sienkiewicz Z. (red.): Porada pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej, Wydawnictwo Naukowe PWN – Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2023: 215–221.
12. Dunkin M.A.: Hashimoto's thyroiditis: Symptoms, causes, and treatment. https://www.webmd.com/women/hashimotos-thyroiditis-symptoms-causes-treatments [dostęp: 12.09.2024].
13. Maciąg M., Maciąg K. (red.): Choroby XXI wieku – najnowsze doniesienia, t. 1, Wydawnictwo Naukowe Tygiel, Lublin 2019: 15–16.

14. Abramczyk B.: Hashimoto. Droga do uzdrowienia siebie, Wydawnictwo Edipresse, Warszawa 2018: 42–68.
15. Gottfried S.: Sposób na hormony. Jak naturalnie pozbyć się zaburzeń hormonalnych i odzyskać równowagę, Wydawnictwo Znak, Kraków 2020: 294.
16. Szymczak A. (oprac.): Hashimoto. Żywienie pacjentów z chorobą, Poradnia Zdrowia Psychicznego Educatio, [Warszawa] 2018. https://www.jablonna.pl/pliki/aktualnosci/2019/czerwiec/zdrowie/Poradnik%20Hashimoto.pdf [dostęp: 12.09.2024].
17. Ambroziak U. (red.): Choroby tarczycy. Diagnozowanie i leczenie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022: 17–27.
18. Basińska M.A., Merc M., Juraniec O.: Nastrój osób z chorobą Gravesa-Basedowa i chorobą Hashimoto, Endokrynologia Polska, 2009; 60(6): 461–468, 463.
19. Kapıcı Y., Güc B., Tekin A.: Psychotic depression related to Hashimoto's thyroiditis: A case report, Medical Records, 2022; 4(1): 120–122. doi: 10.37990/medr.987999.
20. Zielewska J.: 180 dań do pudełka. Hashimoto, Wydawnictwo Ringier Axel Springer, Warszawa 2022: 16.
21. Abramczyk B.: Hashimoto. Twoje cztery pory roku, Wydawnictwo Edipresse, Warszawa 2021: 170–183.
22. Ragusa F., Fallahi P., Elia G. i wsp.: Hashimotos' thyroiditis: Epidemiology, pathogenesis, clinic and therapy, Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism, 2019; 33(6): 101367. doi: 10.1016/j.beem.2019.101367. Epub 2019 Nov 26. PMID: 31812326.
23. Świątkowska K.: Mity medyczne. Fakty, które ratują życie, 4 [Hormony, Hashimoto, insulinooporność], Wydawnictwo Eureka, Warszawa 2022: 24.

11. Zachowania zdrowotne pielęgniarek pracujących w szpitalu

Health behaviors of nurses working in a hospital

Anna Lewandowska[1], Aneta Mrozowicz[1, a], Magdalena Polak[2]

[1] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław
[2] Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław

[a] https://orcid.org/0009-0003-0937-3153

Abstrakt

Wstęp: Zdrowie zaliczane jest do podstawowych wartości indywidualnych i społecznych. Jednym z najważniejszych działań służących zdrowiu jest kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych, któremu powinny towarzyszyć szerzenie wiedzy o zdrowiu i popularyzacja zachowań prozdrowotnych.

Cel badań: Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek pracujących w szpitalu.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w 2022 roku wśród 120 pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach w szpitalu powiatowym. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką zastosowaną do przeprowadzenia badań była ankieta, a narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Weryfikację uzyskanych wyników przeprowadzono z wykorzystaniem metod statystycznych nieparametrycznym testem istotności chi-kwadrat z przyjętym poziomem istotności $p < 0,05$ oraz współczynnikiem korelacji Pearsona r_{xy}.

Wyniki: Analiza statystyczna wyników badania wykazała, że zmianowy system pracy zabiera pielęgniarkom możliwość regularnego trybu życia oraz naraża je na stres. W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że pielęgniarki dbają o własne zdrowie, prowadzą zdrowy, aktywny tryb życia i odpowiednio często wykonują badania profilaktyczne.

Wnioski: Po analizie danych nasuwa się wniosek, że pielęgniarki są świadome własnego stanu zdrowia oraz poszerzają swoją wiedzę na tematy zdrowotne.

Słowa kluczowe: styl życia, zachowania zdrowotne, pielęgniarka.

Abstract

Introduction: Health is considered one of the basic individual and social values. One of the most important activities supporting health is shaping appropriate health behaviors, which should be accompanied by spreading knowledge about health and popularizing health-promoting behaviors.

Objective: The aim of the study was to assess health behaviors undertaken by nurses working in the hospital.

Material and methods: The study was conducted in 2022 among 120 nurses working in various departments in a district hospital. The study used the diagnostic survey method. The research technique used to conduct the study was a questionnaire. The research tool was a self-designed questionnaire. Verification of the obtained results was carried out based on statistical methods using a non-parametric Chi-square significance test with the adopted significance level of $p < 0.05$ and Pearson's r_{xy} correlation coefficient.

Results: Statistical analysis of the study results showed that the shift work system deprives nurses of a regular lifestyle and exposes them to stress. As a result of the analysis, it was found that nurses take care of their own health and lead a healthy, active lifestyle and perform preventive examinations frequently enough.

Conclusions: After analyzing the data, we can conclude that nurses are aware of their own health condition and are expanding their knowledge on health issues.

Keywords: lifestyle, health behaviors, nurse.

Wstęp

Właściwe zachowania człowieka stanowią postawę utrzymania dobrego zdrowia. Kształtowanie wzorców prozdrowotnych zaczyna się w okresie dorastania. Wiąże się to z tworzeniem wartości życiowych, które mają wpływ na późniejsze decyzje, również zdrowotne [1].

Badania pokazują, że istotnymi elementami zachowań zdrowotnych są m.in. aktywność fizyczna, odpowiedni sposób odżywiania oraz unikanie używek. Styl życia obejmuje charakterystyczne dla jednostki lub grupy wzory zachowań, w tym zachowań mających znaczenie dla zdrowia [2].

Trudno jednoznacznie zdefiniować postawy zdrowotne. Określenie „zdrowy tryb życia" odnosi się nie tylko do aktywności fizycznej czy zdrowego odżywiania, ale także do dbałości o właściwe warunki psychiczne i społeczne człowieka, np. radzenie sobie ze stresem czy też eliminację szkodliwych nawyków [3, 4].

Stan zdrowia każdego człowieka zależy od indywidualnych potrzeb, które powinny być zaspokojone. Oprócz potrzeb podstawowej egzystencji należy pamiętać również o tych związanych z samorozwojem oraz o relacjach międzyludzkich. Odpowiedzialność za własne życie i zdrowie trzeba postrzegać jako obowiązek moralny i prawny w wymiarach indywidualnym i zbiorowym [5, 6].

Cel badań

Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek pracujących w szpitalu.

Materiał i metody

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką zastosowaną do przeprowadzenia badania była ankieta. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki ankiety zostały poddane zestawieniu statystycznemu poprzez import do programu statystycznego STATISTICA 14.0 firmy TIBCO Software Inc. Dane o charakterze nominalnym zebrano w szeregi rozdzielcze, a następnie wyróżniono ich cechy wariantów w badanym zbiorze poprzez podanie liczebności oraz częstotliwości występowania. Wyniki zebrane za pomocą kwestionariusza ankiety zostały przedstawione w postaci tabel i rycin.

W wykonanej analizie statystycznej danych wykorzystano test chi-kwadrat (χ^2). Przyjęto poziom istotności α = 0,05. Kolejnym elementem wykorzystanym do charakterystyki zależności było wyliczenie współczynnika korelacji Pearsona r_{xy}. Współczynnik determinacji r^2 jest opisową miarą dokładności dopasowania regresji w odniesieniu do danych empirycznych i przyjmuje wartości z przedziału <0,1>. Współczynnik r^2 informuje o tym, jaka część zmienności *Y*, która została odnotowana w próbie całkowitej, jest wyjaśniona poprzez regresję względem *X*. Im większy współczynnik r^2, tym większa korelacja danych.

Kwestionariusz ankiety, wypełniany anonimowo, składał się z krótkiej metryki oraz 50 pytań zasadniczych, których celem była ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek pracujących w szpitalu. Pytania metryczkowe umożliwiły charakterystykę badanej grupy pod względem wieku, miejsca zamieszkania, stażu pracy, systemu pracy oraz oddziału, w którym respondentki były zatrudnione. Wymienione cechy stanowiły zmienne niezależne uwzględnione w analizie zależności.

Badanie przeprowadzono w czerwcu 2022 roku wśród 120 pielęgniarek (wyłącznie kobiet) pracujących w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Leżajsku przy ul. Leśnej 22. Kwestionariusz ankiety wypełniały pielęgniarki zatrudnione na oddziałach: ratunkowym i zachowawczym (28,33%), zabiegowym (26,67%), intensywnej terapii (5,83%), pediatrycznym (5%) oraz na bloku operacyjnym (3,33%); na oddziale neurologicznym (1,67%) oraz w podstawowej opiece zdrowotnej (0,83%).

Pierwsza część kwestionariusza ankiety pozwoliła na dokładniejsze określenie i charakterystykę badanych. Prawie połowę ankietowanych (45%) stanowiły osoby pomiędzy 20. a 30. rokiem życia. Mniej respondentek było w wieku 31–40 lat (20,83%), 41–50 lat (15,83%) oraz 51–60 lat (15%). Najstarsze uczestniczki badania, które przekroczyły już 60. rok życia, stanowiły zaledwie 3,33% wszystkich badanych.

Najliczniejszą grupę ankietowanych (51,67%) tworzyły pielęgniarki z najkrótszym stażem pracy – nieprzekraczającym 5 lat. Prawie co trzecia respondentka (28,33%) wykonywała zawód pielęgniarki od ponad 20 lat. Staż pracy w służbie zdrowia mieszczący się w przedziale 6–12 lat miało 15,83% badanych, a najmniej liczne (tylko 4,17%) były pielęgniarki pracujące 13–20 lat.

Dokładnie 3/4 badanych wykonywało pracę w dwuzmianowym systemie godzinowym. Co piąta badana pielęgniarka pracowała w trybie jednozmianowym – po 7,35 godziny dziennie. Dyżury całodobowe pełniło 3,33% ankietowanych.

Wyniki

W zdecydowanej większości badane pielęgniarki stwierdziły, że w swojej pracy są narażone na stres. Takiej odpowiedzi udzieliło aż 92,5% respondentek. Przeciwnego zdania było zaledwie 7,5% ankietowanych.

W przeprowadzonej analizie odnotowano wysokie wartości współczynnika korelacji Pearsona pomiędzy narażeniem na stres a systemem pracy (r = 0,9820) oraz miejscem zamieszkania (r = 0,9508). Zależności te nie osiągnęły jednak poziomu istotności statystycznej (odpowiednio p = 0,840032 oraz p = 0,855469; $p > 0,05$) (tabela 1).

Tabela 1. Analiza korelacji pomiędzy narażeniem badanych pielęgniarek na stres a wybranymi zmiennymi

Narażenie na stres	Zmienne				
	Wiek	Miejsce zamieszkania	Staż pracy	System godzinowy pracy	Oddział
Współczynnik korelacji Pearsona	0,8498	0,9508	0,8528	0,9820	0,5450
p (poziom istotności α = 0,05)	0,329378	0,855469	0,354224	0,840032	0,057191

Źródło: opracowanie własne.

Nieco ponad połowa respondentek (52,25%) stwierdziła, że dotyka je stres przewlekły. Strach przed ostrym stresem odczuwało 47,75% badanych.

Zdecydowana większość pytanych (85%) twierdziła, że potrafi sobie radzić ze stresem. Tylko 15% pielęgniarek uważało, że nie posiada takiej umiejętności.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że umiejętność radzenia sobie ze stresem przez ankietowane w olbrzymim stopniu koreluje z ich godzinowym systemem pracy (p = 0,88) oraz miejscem zamieszkania (p = 90) (tabela 2).

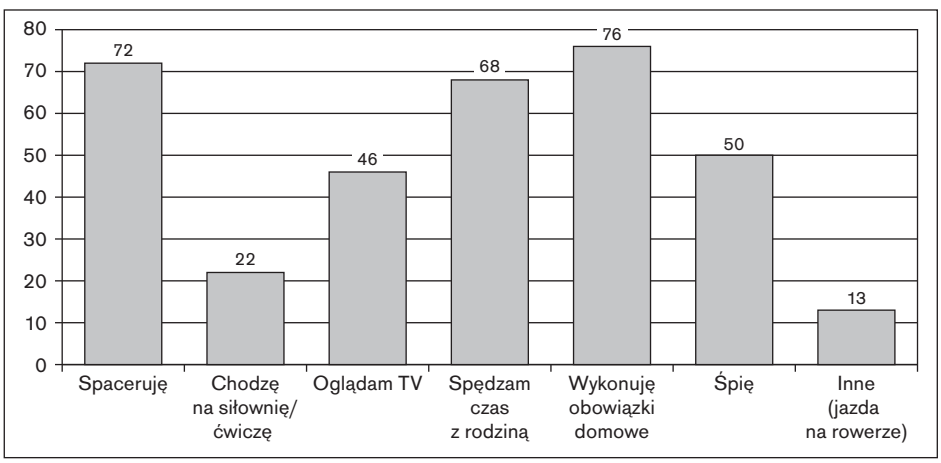
Analizując narażenie badanych pielęgniarek na stres, uwzględniono również jego rodzaj. W dalszej części analizy oceniono sposoby radzenia sobie ze stresem oraz możliwość przeznaczania czasu na relaks. Zdecydowana większość respondentek (85%) deklarowała, że znajduje w swoim życiu czas na relaks, natomiast 15% badanych nie korzystało z żadnych form wypoczynku.

Tabela 2. Analiza korelacji pomiędzy umiejętnością radzenia sobie badanych pielęgniarek ze stresem a wybranymi zmiennymi

Umiejętność radzenia sobie ze stresem	Zmienne				
	Wiek	Miejsce zamieszkania	Staż pracy	System godzinowy pracy	Oddział
Współczynnik korelacji Pearsona	0,8732	0,9750	0,8645	0,9942	0,5888
p (poziom istotności α = 0,05)	0,338910	0,901005	0,366229	0,884461	0,052475

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej wskazywaną formą spędzania wolnego czasu było wykonywanie obowiązków domowych (76 wskazań). Spacer jako formę relaksu wskazały 72 respondentki, natomiast 68 badanych deklarowało spędzanie czasu z rodziną. Jako sposoby odprężenia respondentki wskazywały również sen (50 wskazań), oglądanie telewizji (46), korzystanie z siłowni (22) oraz jazdę na rowerze (13) (rycina 1).



Rycina 1. Sposoby spędzania wolnego czasu przez badane pielęgniarki

Źródło: opracowanie własne.

Więcej niż co trzecia ankietowana (35,83% badanych) odpoczywała po nocnym dyżurze przez 6 godzin. Nieco mniej respondentek (32,5%) potrzebowało tylko 3 godzin relaksu po nocnej zmianie, a 2 godziny odprężenia wystarczały 14,17% pytanych. Z kolei 17,5% badanych pielęgniarek stwierdziło, że potrzebuje ponad 6 godzin odpoczynku po nocnym dyżurze.

W analizie zależności pomiędzy liczbą godzin przeznaczanych na odpoczynek po nocnym dyżurze a wybranymi zmiennymi najwyższą wartość współczynnika korelacji Pearsona odnotowano dla wieku (r = 0,6857), jednak zależność ta nie była

istotna statystycznie (p = 0,527751). Również pozostałe analizowane zależności nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej (p > 0,05) (tabela 3).

Tabela 3. Analiza korelacji pomiędzy liczbą godzin przeznaczonych przez badane pielęgniarki na wypoczynek po nocnym dyżurze a wybranymi zmiennymi

Liczba godzin przeznaczonych na odpoczynek po dyżurze	Zmienne				
	Wiek	Miejsce zamieszkania	Staż pracy	System godzinowy pracy	Oddział
Współczynnik korelacji Pearsona	0,6857	0,4284	0,5162	0,4006	0,4836
p (poziom istotności α = 0,05)	0,527751	0,160170	0,542696	0,173217	0,484279

Źródło: opracowanie własne.

Nieco więcej niż połowa ankietowanych (55%) twierdziła, że nie czuje się wyspana, a 45% respondentek uważało, że w pełni się wysypia. Najczęściej wskazywanym sposobem radzenia sobie z problemami ze snem było słuchanie relaksacyjnej muzyki (37 odpowiedzi). W dalszej kolejności znalazły się następujące metody: suplementacja ziołami (19 głosów), ćwiczenia relaksacyjne (13), brak spożywania kawy przed snem (10), zażywanie leków nasennych (9), stosowanie technik oddechowych (3), picie alkoholu przed snem (2).

Prawie 3/4 respondentek (74,17%) przyznało, że są aktywne fizycznie. Pozostała część (25,83%) wskazała odpowiedź przeczącą.

Analiza wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy aktywnością fizyczną respondentek a oddziałem, na którym były zatrudnione (p = 0,049). Pozostałe analizowane zależności nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej (p > 0,05) (tabela 4).

Tabela 4. Analiza korelacji pomiędzy aktywnością fizyczną badanych pielęgniarek a wybranymi zmiennymi

Aktywność fizyczna	Zmienne				
	Wiek	Miejsce zamieszkania	Staż pracy	System godzinowy pracy	Oddział
Współczynnik korelacji Pearsona	0,8973	0,9964	0,8683	0,9940	0,6583
p (poziom istotności α = 0,05)	0,363103	0,975381	0,393908	0,957265	0,049072

Źródło: opracowanie własne.

Umiarkowaną aktywność fizyczną – na poziomie 150–300 minut tygodniowo – wskazało najwięcej ankietowanych (48 osób). Co najmniej 75–150 minut intensywnej aktywności fizycznej poświęca 26 badanych, a 17 pielęgniarek przyznało, że minimum 2 razy w tygodniu stosuje ćwiczenia wzmacniające mięśnie.

Aż 80% respondentek deklarowało, że stara się zdrowo odżywiać i przygotowuje posiłki samodzielnie. Tylko 10,83% ankietowanych nie zwracało uwagi na to, co je, a najmniej badanych (9,17%) kupowało wyłącznie gotowe jedzenie z powodu braku czasu. Według dokonanej analizy odpowiedzi pielęgniarek dotyczące przykładania przez nie wagi do jakości i ilości spożywanych posiłków prawie w pełni korelowały z ich godzinowym systemem pracy (p = 0,99) oraz miejscem zamieszkania (p = 0,98).

Ponad połowa badanych (51,67%) przyjmowała 4 posiłki dziennie. Nieco więcej niż co czwarta ankietowana (25,83%) jadła posiłek 3 razy dziennie, a 5 posiłków spożywała prawie co piąta respondentka (19,17%). Zaledwie 3,33% pytanych osób zjadało 1 lub 2 posiłki na dzień. Ani jedna ankietowana pielęgniarka nie spożywała więcej niż 5 posiłków w ciągu doby. Zdecydowana większość badanych (94,17%) przyznawała, że je śniadanie, a tylko 5,83% nie spożywało posiłku po przebudzeniu. Na podstawie wykonanej analizy stwierdzono, że odpowiedzi dotyczące zjadania śniadania przez ankietowane niemal całkowicie były zależne od miejsca ich zamieszkania (p = 0,84) oraz godzinowego systemu pracy (p = 0,83).

Aż 87,5% respondentek przyznawało się do podjadania pomiędzy posiłkami. Zaledwie 12,5% ankietowanych zaprzeczało, że zjada jakiekolwiek przekąski między głównymi daniami. Przeprowadzona analiza wykazała niemal pełną zależność pomiędzy możliwością podjadania przez respondentki pomiędzy posiłkami a ich godzinowym systemem pracy (p = 0,88) oraz miejscem zamieszkania (p = 0,89).

Aż 90 badanych pielęgniarek przyznało, że pomiędzy posiłkami zdarza im się podjadać owoce lub warzywa. Rzadziej wskazywane były następujące odpowiedzi: słodycze (69 głosów), jogurty, kefiry, serki (39), pieczywo (15), fast food (12).

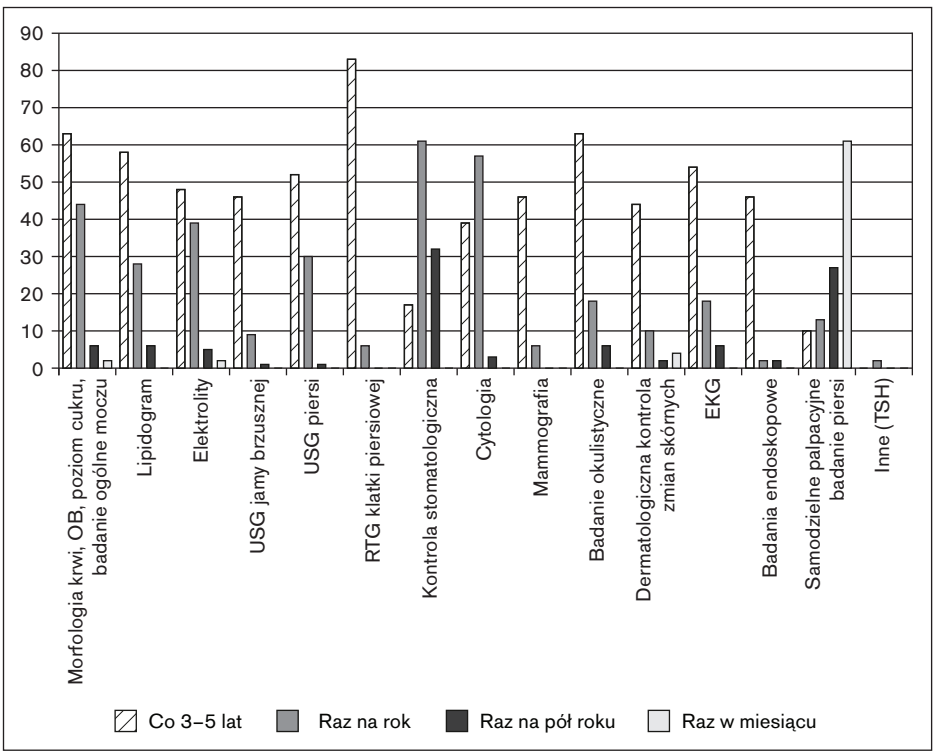
Swój sposób żywienia w pracy jako inny niż w domu określiło aż 75,83% ankietowanych. Innego zdania było 24,17% respondentek. Na podstawie analizy stwierdzono niemal pełną korelację pomiędzy różnicą w sposobie żywienia w zależności od miejsca przebywania respondentek a ich godzinowym systemem pracy (p = 0,94) oraz miejscem zamieszkania (p = 0,96), jak również istotną statystycznie zależność od oddziału, na którym pracują (0,04).

Ponad połowa badanych (53,33%) przyznała, że nie wykonuje badań profilaktycznych, dopóki nie odczuwa jakichś dolegliwości. Raz w roku profilaktycznie bada się 37,5% ankietowanych, a dwa razy częściej robi to zaledwie 9,17% respondentek.

Po dokonaniu analizy można zauważyć, że wiek (p = 0,95) miał bardzo wysoki wpływ na częstotliwość wykonywania badań profilaktycznych przez respondentki.

Zdecydowanie najwięcej pielęgniarek bada się co 3–5 lat (aż 669 odpowiedzi po zsumowaniu wszystkich badań). Najliczniej wskazywanym typem badania w tym przedziale było RTG klatki piersiowej (83 głosy). Łączna liczba głosów na badania

wykonywane raz w roku wyniosła 343, z czego najwięcej odpowiedzi (61) dotyczyło wizyt stomatologicznych. Na badania wykonywane raz na pół roku wskazało łącznie 95 pielęgniarek i w tym przypadku również najpopularniejszą odpowiedzią była kontrola dentystyczna (32 głosy). Zaledwie 69 wskazań ankietowanych dotyczyło badań przeprowadzanych raz w miesiącu, a z taką częstotliwością aż 61 pielęgniarek wykonywało samodzielne palpacyjne badanie piersi (rycina 2).



Rycina 2. Rodzaje badań oraz częstotliwość ich wykonywania przez badane pielęgniarki

Źródło: opracowanie własne.

Swój ogólny stan zdrowia jako dobry oceniło 55,83% pielęgniarek, a jako bardzo dobry – 22,5%. Co piąta badana uznała go za względny, a 1,67% grupy nie potrafiło określić swojego stanu zdrowia. W zdecydowanej większości ankietowane nie cierpiały na żadne choroby przewlekłe – takiej odpowiedzi udzieliło 70% pielęgniarek. Niestety 30% badanych zmagało się z długotrwałymi dolegliwościami.

Na podstawie dokonanej analizy stwierdzono wysoką korelację pomiędzy oddziałem, na którym pracowały respondentki ($p = 0{,}18$), oraz ich wiekiem ($p = 0{,}91$), miejscem zamieszkania ($p = 0{,}45$) i systemem godzinowym pracy ($p = 0{,}47$) a oceną ogólnego stanu zdrowia przez ankietowane (tabela 5).

Tabela 5. Analiza korelacji pomiędzy oceną swojego ogólnego stanu zdrowia przez badane pielęgniarki a wybranymi zmiennymi

Ocena ogólnego stanu zdrowia	Zmienne				
	Wiek	Miejsce zamieszkania	Staż pracy	System godzinowy pracy	Oddział
Współczynnik korelacji Pearsona	0,6820	0,6377	0,4967	0,5524	0,6802
p (poziom istotności α = 0,05)	0,917634	0,450598	0,937862	0,470459	0,186460

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość pielęgniarek (95,83%) była zdania, że ma wpływ na swój stan zdrowia. Zaledwie 4,17% badanych twierdziło inaczej. Z przeprowadzonej analizy wynika, że ocena wpływu na własny stan zdrowia przez respondentki niemal w 100% zależała od ich systemu pracy (p = 0,82) oraz miejsca zamieszkania (p = 0,83).

Aż 86,67% badanych poszerzało swoją wiedzę na temat zdrowia. O rozwój w tej dziedzinie nie dbało zaledwie 13,33% ankietowanych. Na podstawie dokonanej analizy można wnioskować, że poszerzanie wiedzy o zdrowiu przez respondentki jest niemal całkowicie zależne od ich miejsca zamieszkania (p = 0,89) oraz godzinowego systemu pracy (p = 0,87).

Najczęściej wskazywanymi sposobami poszerzania wiedzy na temat zdrowia były czytanie czasopism medycznych (71 wskazań) oraz obserwowanie profili przedstawicieli zawodów medycznych w mediach społecznościowych (61 wskazań). Respondentki wskazywały również udział w różnego rodzaju szkoleniach oraz szkoleniach związanych z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi (po 41 wskazań), czytanie książek medycznych (35 wskazań) oraz udział w konferencjach naukowych (10 wskazań).

W odrębnym pytaniu dotyczącym źródeł informacji na temat zdrowia najczęściej wskazywano strony internetowe (97 wskazań), kompetentne osoby (59), czasopisma medyczne (58), książki medyczne (50), broszury informacyjne (37) oraz telewizję (20).

Zdecydowanie najwięcej respondentek (67%) uważało, że zdobycie informacji na tematy zdrowotne jest raczej łatwe. Bardzo łatwo wyszukiwanie wiadomości dotyczących zdrowia przychodziło 19,17% ankietowanych, za trudne uważało je 11,67% badanych, a za bardzo trudne – 0,83%. Natomiast 3,33% pytanych pielęgniarek udzieliło odpowiedzi „nie wiem". Respondentki najczęściej zaczynały poszukiwania informacji o zagadnieniach zdrowotnych bądź na temat konkretnej jednostki chorobowej, gdy problem dotyczył bezpośrednio ich samych lub najbliższych członków rodziny (odpowiednio 91 i 89 odpowiedzi). Innymi powodami były kolejno: zaciekawienie danym tematem i chęć poszerzania wiedzy (81 głosów), wiedza potrzebna w pracy (71) oraz wykonywanie zadania na studia/kurs (54).

Dyskusja

Elementy wpływające na zdrowie człowieka to aktywność fizyczna, zbilansowana dieta, odpowiednio długi sen, a także brak lub znaczne ograniczenie używek.

Nieregularny grafik oraz dwunastogodzinny system zmian utrudniają uprawianie sportu. Biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych badań, należy stwierdzić, że okazało się to jednak w większym bądź mniejszym stopniu możliwe. Duża część pielęgniarek była aktywna fizycznie, około 75% ankietowanych uprawiało sport. Znaczna część pytanych osób spędzała wolny czas na spacerach oraz w towarzystwie rodziny [7]. Podobne wyniki uzyskały Belcarz i Borzuchowska [8]. Około 60% badanych przez nie kobiet uprawiało sport, a najczęściej podejmowanymi formami aktywności fizycznej były spacery i jazda na rowerze [8].

Następny element wpływający na zdrowie to odpowiednia dieta. Każdy, kto interesuje się swoim zdrowiem oraz dba o własne ciało, zna piramidę żywieniową. Zawiera ona produkty spożywcze, które są niezbędne w diecie w odpowiednich ilościach. Im niżej znajduje się dany produkt, tym w większych ilościach powinien być spożywany [9]. Analiza wyników badań własnych wykazała, że większość badanych pielęgniarek deklarowała dbałość o sposób odżywiania zarówno w pracy, jak i w domu. Jednocześnie zdecydowana większość respondentek przyznała, że podjada pomiędzy posiłkami. Podobne badanie przeprowadzone przez Belcarz i Borzuchowską [8] wykazało, że około 50% badanych pielęgniarek spożywało przynajmniej 3 posiłki dziennie. Badanie to pokazało również, że około 40% badanych nie spożywało codziennej porcji warzyw – w przeciwieństwie do badania własnego, w którym ankietowane deklarowały spożywanie warzyw również w formie podjadania między posiłkami.

Na nasze zdrowie duży wpływ ma sen. Podczas odpoczynku nocnego organizm się regeneruje. Udowodniono, że w czasie snu uwalnia się konkretna grupa hormonów, a ma to szczególne znaczenie dla kobiet. Co trzecia uczestniczka opisywanych badań własnych po nocnym dyżurze spała 6 godzin, a co szósta już tylko 3 godziny. Podobna analiza przeprowadzona przez Babiarczyk i Bujok dała zbliżone wyniki. Około 33% badanych spało przynajmniej 3 godziny w ciągu dnia po zmianie nocnej. Osoby, które nie odsypiały w dzień, deklarowały, że idą spać wcześniej niż zwykle (27%) [10, 11]. Praca zmianowa, charakterystyczna dla zawodu pielęgniarki, może niekorzystnie wpływać na zdrowie, m.in. poprzez zaburzenie rytmu dobowego. W przeglądzie systematycznym Rosa i wsp. wykazali, że praca zmianowa pielęgniarek wiąże się np. ze zwiększonym ryzykiem stresu, zaburzeń snu, zaburzeń metabolicznych oraz chorób układu sercowo-naczyniowego [12].

Znaczący wpływ na zdrowie mają wszelkiego rodzaju używki. Najczęściej występującym uzależnieniem jest kofeina. „Lekarstwem" na zmęczenie oraz znużenie nierzadko okazuje się sięgnięcie po kubek kawy. Pielęgniarki deklarowały w przeprowadzonej ankiecie, że nie odczuwają jednak przykrych dolegliwości związanych z nadmiernym spożyciem kawy. Bardzo rzadko sięgają po napoje energetyczne – robi to zdecydowana mniejszość. Większość pytanych osób przyznała, że spożywa alkohol, lecz robi to raczej okazjonalnie. Bardzo podobne

wyniki uzyskały Babiarczyk i Bujok, które wykazały, że 41% ankietowanych pije kawę bardzo często, nawet kilka razy dziennie. Tylko 8% badanych zadeklarowało, że w ogóle nie pije kawy. Podobnie sytuacja wyglądała z napojami energetycznymi – aż 85% badanych podało, że nie pije ich wcale [10, 13].

Wnioski

1. Zmianowy system pracy uniemożliwia pielęgniarkom prowadzenie regularnego trybu życia.
2. Pielęgniarki dbają o własne zdrowie i prowadzą zdrowy, aktywny tryb życia.
3. Pielęgniarki pracujące w szpitalu odpowiednio często wykonują badania profilaktyczne.
4. Pielęgniarki są świadome własnego stanu zdrowia oraz poszerzają swoją wiedzę na tematy zdrowotne.
5. Zachowania pielęgniarek pracujących w szpitalu w zakresie własnego zdrowia są zadowalające pomimo dwunastogodzinnego systemu pracy, który nie pozwala na regularny tryb życia.

Bibliografia

1. Woźniak-Holecka J. (red.): Nierówności w zdrowiu w Polsce. W: Woźniak-Holecka J. (red.): Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2012: 11–22.
2. Kap K., Skowronek E., Sarnecka J.: Rola szkoły w kształtowaniu zdrowego stylu życia uczniów na przykładzie opinii młodzieży licealnej, Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska. Sectio B: Geographia, Geologia, Mineralogia et Petrographia, 2017; 72(2): 163–178.
3. Humeniuk E., Dąbska O., Pawlikowska-Łagód K., Rumińska M.: Ocena wybranych zachowań zdrowotnych młodzieży z terenu Polski Środkowo-Wschodniej, Rozprawy Społeczne, 2018; 12(2): 73–81.
4. Stuckey M., Carter S., Knight E.: Role of smartphones in encouraging physical activity in adults, International Journal of General Medicine, 2017; 10: 293–303. doi: 10.2147/IJGM.S134095.
5. Kruszyńska E., Eider J.: Evaluation of the promotion of the idea of a healthy and active lifestyle by the citizens of Poznań, Sport i Turystyka. Środkowoeuropejskie Czasopismo Naukowe, 2019; 2(4): 121–131. doi: 10.16926/sit.2019.02.37.
6. Kawiak-Jawor E., Kaczoruk M., Kaczor-Szkodny P.: Media społecznościowe a zdrowie. Trendy w postrzeganiu zdrowego stylu życia. W: Kampka A. (red.): Doświadczanie społeczeństwa – muzyka, obraz, media, Wydawnictwo SGGW, 2019: 189–200.
7. Brzozowska-Wicherek E.: Regularna aktywność fizyczna a jakość snu, Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2019; 3: 37–39.

8. Belcarz M., Borzuchowska M.: Analiza wybranych zachowań prozdrowotnych w odniesieniu do struktury wieku pielęgniarek, Wydział Nauk o Zdrowiu. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź 2020.
9. Piramida żywieniowa – zasady zdrowego odżywiania dla diabetyków. https://diabdis.com/blog/piramida-zywieniowa-zasady-zdrowego-odzywania-sie-dla-cukrzykow [dostęp: 20.07.2022].
10. Babiarczyk B., Bujok M.: Występowanie zaburzeń snu wśród pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym, Problemy Higieny i Epidemiologii, 2019; 100(2): 89–94.
11. Ciepłowska-Rysak A.: Dieta w bezsenności i zaburzeniach snu, Współczesna Dietetyka, 2019; 21.
12. Rosa D., Terzoni S., Dellafiore F., Destrebecq A.: Systematic review of shift work and nurses' health, Occupational Medicine, 2019; 69(4): 237–243. doi: 10.1093/occmed/kqz063.
13. Rybczyńska-Abdel Kawy D., Polański A.: Używanie substancji psychoaktywnych w Polsce i w województwie lubuskim. Cechy zjawiska i systemu pomocy, Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Zielona Góra 2017.

12. Profilaktyka chorób nowotworowych – ważny problem zdrowia publicznego

Cancer prevention – an important public health problem

Małgorzata Kochman[1, 2, a], Anna Dyrkacz[2, b]

[1] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław
[2] Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie
The Fryderyk Chopin University Clinical Hospital in Rzeszów

[a] https://orcid.org/0000-0003-4474-7627
[b] https://orcid.org/0000-0003-2106-839X

Abstrakt

Wstęp: Nowotwory złośliwe stanowią drugą pod względem częstości przyczynę zgonów w Polsce, tuż za chorobami sercowo-naczyniowymi. Wzrost liczby zachorowań oraz śmiertelności z powodu nowotworu często ma związek z występującymi antyzdrowotnymi postawami społeczeństwa. Pogłębianie wiedzy na temat chorób nowotworowych oraz regularne wykonywanie badań profilaktycznych są istotnymi czynnikami mogącymi zmniejszyć ryzyko zachorowania.

Cel pracy: Celem pracy stało się przybliżenie najważniejszych pojęć związanych z profilaktyką chorób nowotworowych. Głównym powodem zachorowalności na nowotwór złośliwy jest wysoka ekspozycja ludności na czynniki ryzyka. Rozwój choroby nowotworowej stanowi następstwo oddziaływania czynników modyfikowalnych i niemodyfikowalnych.

Treść: Profilaktyka onkologiczna oznacza działania mające na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy. Dzieli się ona na pierwotną, wtórną i trzeciorzędową. Podział ten odpowiada kolejnym etapom przebiegu choroby. Profilaktyka pierwotna obejmuje osoby zdrowe. Rozumiana jest jako ogół działań podejmowanych w celu obniżenia ryzyka zachorowania. Profilaktyka wtórna koncentruje się na osobach potencjalnie chorych. Celem jest niedopuszczenie do rozwoju i rozprzestrzeniania się nowotworu poprzez wczesne wykrycie objawów w okresie bezobjawowym. Profilaktykę trzeciej fazy definiuje się jako niedopuszczenie do nawrotu choroby. Ma na celu wydłużenie przerw pomiędzy nawrotami, poprawę wskaźników przeżycia, a także obejmuje terapię uzupełniającą.

Podsumowanie: Rola profilaktyki skupia się na zapobieganiu chorobom poprzez rozpoznawanie czynników ryzyka i wczesnych objawów choroby. Wczesne wykrycie i leczenie mają wpływ na rokowanie oraz poprawę jakości życia chorego. Profilaktyka chorób nowotworowych ma na celu zmniejszenie śmiertelności na poziomie całego społeczeństwa. Wiedza na temat czynników ryzyka i objawów ma

znamienny wpływ na wczesne wykrycie choroby nowotworowej oraz świadome uczestnictwo w późniejszym procesie leczenia.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, czynniki ryzyka, profilaktyka, zdrowie.

Abstract

Introduction: Malignant neoplasms are the second leading cause of death in Poland, just after cardiovascular diseases. The increase in cancer morbidity and mortality is often related to the anti-health attitudes of the society. Deepening knowledge about cancer and regular preventive examinations are important factors that can reduce the risk of developing the disease.

The aim of the study was to introduce the most important concepts related to cancer prevention. The main reason for the incidence of malignant cancer is the high exposure of the population to risk factors. The development of cancer is a consequence of the influence of modifiable and non-modifiable factors.

Content: Oncological prevention means measures aimed at reducing the risk of developing a malignant tumor. It is divided into primary, secondary and tertiary. This division corresponds to the subsequent stages of the course of the disease. Primary prevention includes healthy people. It is understood as a set of actions taken to reduce the risk of disease. Secondary prevention focuses on potentially ill people. The aim is to prevent the development and spread of cancer by early detection of symptoms in the asymptomatic period. Phase three prevention is defined as preventing the disease from recurring. It is aimed at extending the intervals between relapses, improving survival rates, and also includes adjuvant therapy.

Summary: The role of prevention focuses on preventing disease by recognizing risk factors and early symptoms of disease. Early detection and treatment has an impact on the prognosis and improvement of the patient's quality of life. Cancer prevention aims to reduce mortality at the level of the entire society. Knowledge about risk factors and symptoms has a significant impact on early detection of cancer and conscious participation in the subsequent treatment process.

Keywords: cancer, risk factors, prevention, health.

Wstęp

Nowotwory złośliwe stanowią drugą pod względem częstości przyczynę zgonów w Polsce, tuż za chorobami sercowo-naczyniowymi. Dynamiczny wzrost liczby zachorowań oraz śmiertelności z powodu nowotworu często ma związek z występującymi niekorzystnymi, antyzdrowotnymi postawami społeczeństwa. Pojawienie się znacznej części nowotworów uwarunkowane jest złymi nawykami żywieniowymi, przyjętym stylem życia, zachowaniami społeczno-kulturowymi, miejscem pracy i zamieszkania. Pomimo prowadzonych różnych działań na rzecz poprawy wczesnego rozpoznawania oraz leczenia nowotworów wciąż przeżywalność jest zbyt krótka, dlatego pogłębianie wiedzy na temat chorób nowotworowych oraz regularne wykonywanie badań profilaktycznych są jednymi z bardzo istotnych

czynników mogących zmniejszyć ryzyko zachorowania. Rozpoczęcie terapii we wczesnym stadium choroby daje duże szanse na wyleczenie, bardzo ważne staje się więc ciągłe podejmowanie działań na rzecz profilaktyki zdrowotnej, aby czas upływający od wykrycia pierwszych objawów przez chorego do poddania się diagnostyce był jak najkrótszy.

Cel pracy

Celem pracy stało się przybliżenie najważniejszych pojęć związanych z profilaktyką chorób nowotworowych.

Epidemiologia

Na nowotwory złośliwe chorują przede wszystkim osoby dorosłe. W krajach rozwiniętych pacjenci poniżej 15. roku życia stanowią zaledwie 0,5% chorych [1]. Stwierdza się, że głównym powodem zachorowalności na nowotwory złośliwe jest wysoka ekspozycja ludności na czynniki ryzyka, szczególnie środowiskowe, a znaczący problem stanowi zbyt późne ich wykrywanie. Dlatego też tak ważne staje się wczesne zapobieganie, np. poprzez prowadzone programy profilaktyczne. Według badań najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworu wśród mężczyzn jest rak płuca, a wśród kobiet – rak piersi [2]. Działania profilaktyczne stanowią podstawę Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, którego celem jest zmniejszenie zachorowalności na nowotwory przynajmniej o 10% oraz zwiększenie odsetka wyleczeń w grupie mężczyzn z 30% do 40% oraz do 50% w przypadku kobiet, co wiąże się z osiągnięciem w Polsce średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów. Projekt obejmuje wdrożenie programów kształcenia lekarzy, w tym lekarzy rodzinnych, oraz utworzenie sieci ośrodków onkologicznych wyposażonych w nowoczesny sprzęt. Zostały także wprowadzone gwarancje prawne, zapewniające stabilne, wieloletnie finansowanie programu zwalczania chorób nowotworowych [3]. Dzięki tak zaplanowanym działaniom stwierdzono, że w przypadku 1/3 rozpoznanych nowotworów można podjąć działania zapobiegawcze. Należy również zauważyć, że 1/3 przypadków przy wczesnym wykryciu jest całkowicie wyleczalna, a co za tym idzie – także znaczna część pacjentów może poprawić standard swojego życia z chorobą [4]. Podstawowe zadania w walce z rakiem to przede wszystkim: wczesne wykrywanie, zapobieganie zachorowaniom, leczenie nowotworów oraz polepszenie jakości życia pacjentów. Gromadzeniem i analizowaniem danych dotyczących zachorowań i śmiertelności z powodu choroby nowotworowej zajmuje się Krajowy Rejestr Nowotworów, który działa w strukturach Narodowego Instytutu Onkologii i opiera się na informacjach z biur regionalnych. Źródłem danych są wojewódzkie rejestry nowotworów, do których dane docierają ze wszystkich jednostek ochrony zdrowia. Tam sporządzane są też lokalne analizy dotyczące terenów objętych zagrożeniem nowotworowym. Podstawę informacji stanowią świadectwa zgonów (GUS) oraz karty zgłoszeń (druk MZ/N-1a) [3]. W celu ujednolicenia opracowania stosuje

się podstawowe wskaźniki statystyczne, np. liczby bezwzględne zachorowań lub zgonów w przedziale czasowym; odsetki; współczynnik surowy zachorowalności (umieralności) – liczba zachorowań lub zgonów na 100 tys. badanej populacji bez uwzględnienia struktury wiekowej; współczynniki cząstkowe zachorowalności bądź umieralności określające częstość występowania choroby w określonej grupie wiekowej (na 100 tys. populacji); współczynniki standaryzowane (SR) według grup wiekowych – określenie prawdopodobnej liczby zachorowań bądź zgonów badanej populacji w porównaniu ze standardową populacją światową [3].

Gromadzone dane są bardzo rygorystycznie weryfikowane, jednak polepszenia wymaga skrupulatność kodowania rodzaju nowotworu, gdyż nadal zbyt wysoki jest odsetek nowotworów w zaawansowanym stadium o niesprecyzowanym ognisku pierwotnym w badaniach standardowych [3].

Etiologia, czynniki ryzyka

Rozwój choroby nowotworowej jest następstwem oddziaływania różnych czynników. Do czynników ryzyka, które możemy zredukować, zaliczamy palenie papierosów. Odrębnymi czynnikami ryzyka są: przewlekłe infekcje, szkodliwe warunki w miejscu pracy, niewłaściwa dieta, nadmierne spożywanie alkoholu, a także wpływ środowiska (promieniowanie ultrafioletowe, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, bierne palenie) [2].

Czynniki ryzyka możemy podzielić na:

– modyfikowalne (behawioralne, środowiskowe);
– niemodyfikowalne (biologiczne: wiek, płeć, karnacja; genetyczne).

Rozwój nowotworu (karcynogeneza) pod wpływem czynników rakotwórczych zależy od czasu ekspozycji, stopnia ilościowego ekspozycji oraz działania kumulacyjnego i synergistycznego innych czynników. Proces ten ma charakter wieloetapowy i obejmuje inicjację, promocję oraz progresję.

Czynniki środowiskowe

Palenie tytoniu. W XXI wieku stanowi najczęstszą przyczynę zachorowania na chorobę nowotworową w Polsce. Według WHO w Europie występuje największy odsetek ludności palącej: 44,6% mężczyzn, 24,3% kobiet i aż 28,1% dzieci [5]. Dym tytoniowy zawiera w sobie 4 tys. związków chemicznych, spośród których 40 wykazuje działanie rakotwórcze. W krajach rozwiniętych liczba zgonów z powodu palenia papierosów stanowi aż 25–30%. Wyniki badań przeprowadzonych w Europie, Japonii i Ameryce Północnej sygnalizują, że na nowotwory spowodowane paleniem papierosów choruje aż 87–91% mężczyzn i 57–86% kobiet. Palenie tytoniu może być przyczyną nowotworów również odległych narządów, takich jak pęcherz moczowy, trzustka, nerki, szyjka macicy, wątroba, żołądek, a także niektórych postaci białaczek. Nowotwór nie jest jedynym schorzeniem dotykającym palaczy tytoniu. Palenie stanowi przyczynę schorzeń płuc (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) oraz chorób naczyń krwionośnych (zawał serca i udar mózgu) [4].

Ryzyko powstania nowotworu wzrasta wraz z czasem palenia. U osób narażonych na bierne palenie ryzyko zwiększa się 1,3–1,4-krotnie. Dopiero po 4–5 latach od rzucenia palenia ryzyko zachorowania stopniowo się zmniejsza. Po 10 latach wynosi dokładnie tyle, ile u osób, które nigdy nie paliły [2].

Niewłaściwa dieta. Ma podobny wpływ na zachorowalność i śmiertelność z powodu nowotworu jak palenie papierosów [2]. W latach 40. XX wieku rozpoczęto badania nad pochodzeniem chorób nowotworowych związanych z dietą. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe, zła dieta stanowią drugi po paleniu tytoniu najczęstszy czynnik zewnętrzny wpływający na rozwój chorób nowotworowych. Odsetek zgonów z powodu nowotworów mających związek z nieprawidłową dietą wynosi około 30–35% [4]. WHO i agencje zdrowia wielu rządów zalecają codzienne spożywanie warzyw i owoców (minimum 400 g dziennie, czyli około 2 sztuk owoców i 200 g warzyw), najlepiej przy każdym posiłku, i wskazują na zastępowanie nimi przekąsek między posiłkami. W wielu krajach obserwuje się, że zmiana nawyków żywieniowych powoduje spadek umieralności na choroby przewlekłe. Profilaktyka związana z dietą polega na wprowadzeniu do jadłospisu różnorodnej nieprzetworzonej żywności i zredukowaniu spożycia smażonych warzyw (frytki, chipsy). Ważne jest, aby codziennie wypijać 1,5–2 l wody mineralnej niegazowanej lub świeżych niesłodzonych soków. Zamiast białego pieczywa należy spożywać pełnoziarniste produkty zbożowe, tj. chleb razowy z pełnego przemiału z ziarnami. Ważne jest, aby zredukować spożywanie czerwonego mięsa (wołowina, wieprzowina, jagnięcina), które zwiększa ryzyko raka jelita grubego [4]. Mając do wyboru czerwone mięso lub ryby, warto wybierać ryby, a także drób lub fasolę. Dania mięsne dobrze jest spożywać pieczone, gotowane lub grillowane. Zaprzestanie spożywania żywności typu fast food (cheeseburger, hot-dog, pizza, frytki itp.) na rzecz żywności niskokalorycznej czy dowolnej ilości warzyw jest zdecydowanie zalecane [6].

Nadmierne spożywanie alkoholu. Stanowi ono kolejny czynnik mogący wpłynąć na powstanie nowotworu. Najczęstszymi narządami, w których rozwija się nowotwór pod wpływem spożywania alkoholu, są m.in. jama ustna, gardło, krtań, przełyk, wątroba i piersi. U osób spożywających alkohol regularnie i palących papierosy narażenie jest 10–100-krotnie wyższe w porównaniu z osobami, które nigdy nie paliły i nie piły. Alkohol zwiększa działanie karcenogenów na układ oddechowy i górny odcinek przewodu pokarmowego. Im większa ilość spożywanego alkoholu, tym ryzyko jest znaczniejsze [4].

Czynniki chemiczne. Związki chemiczne przyczyniające się do zachorowań na nowotwory tworzą się w procesach spalania, wędzenia lub smażenia; można do nich zaliczyć także karcenogeny pochodzące z dymu tytoniowego. Jednym z istotnych problemów są karcenogeny w miejscu pracy (azbest, barwniki anilinowe, chrom, nikiel i PCV) [4].

Zanieczyszczenie powietrza. W przypadku osób zamieszkujących zanieczyszczone tereny ryzyko wystąpienia nowotworu płuc jest względnie 1,3–1,5 raza większe w porównaniu z osobami zamieszkującymi obszary z mniejszym zanie-

czyszczeniem. W Europie ryzyko powstania nowotworu płuca powiązane z zanieczyszczeniami powietrza kalkuluje się na 5–7%. Głównymi zanieczyszczeniami powietrza sklasyfikowanymi przez International Agency for Research on Cancer jako karcenogeny pierwszej klasy ze względu na ich występowanie w miejscu pracy są: benzen, 1,3-butadien, dwutlenek azotu, formaldehyd, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne [7].

Bierne palenie. Ekspozycja na dym tytoniowy w domach, w których jedna osoba pali, potęguje ryzyko powstania raka płuca u biernych palaczy o 10–20%. Porównywalną zależność obserwujemy u osób narażonych na bierne palenie w miejscu pracy (bary, restauracje, biura) [5].

Azbest. U większości osób, u których w wywiadzie wymieniono oddziaływanie azbestu (75–85%), nastąpiło zachorowanie na międzybłoniaka. Unoszące się w powietrzu cząsteczki pyłu azbestowego są połykane lub dostają się do organizmu drogą wziewną. Nie są wydalane, w związku z tym gromadzą się w nabłonku otaczającym płuca. Takie komórki z upływem lat mogą wykazywać cechy złośliwości.

Formaldehyd – związek organiczny wykorzystywany do sterylizacji materiałów medycznych, sprzętu i otoczenia; stosowany w prosektoriach oraz w laboratoriach histologii i anatomii patologicznej. Przedostaje się do organizmu za pośrednictwem układu oddechowego, zwiększając ryzyko nowotworów nosogardzieli i nosa [7].

Hormony. Estrogeny i dietylostylbestrol (DES) są hormonami, po których stosowaniu obserwuje się zwiększone ryzyko rozwoju nowotworów pochwy, piersi i błony śluzowej macicy [8].

Leki. Poza działaniem leczniczym mogą powodować skutki jatrogenne. Udowodniono istnienie kancerogennego wpływu cytostatyków w terapii nowotworowej dzieci oraz stosowanego w przypadku zagrożenia ciąży od 1970 roku dietylostylbestrolu. We wczesnym okresie życia u córek kobiet stosujących dietylostylbestrol obserwowano podwyższone ryzyko rozwoju nowotworów szyjki macicy [1].

Kancerogeny fizyczne. Można do nich zaliczyć promieniowanie ultrafioletowe oraz jonizujące. Promieniowanie ultrafioletowe odpowiada za powstawanie nabłonkowych nowotworów skóry, a także czerniaka. Jednocześnie według badań światło słoneczne redukuje ryzyko zachorowania na nowotwory piersi, gruczołu krokowego oraz jelita grubego. Promieniowanie jonizujące nie przyczynia się zwykle do powstawania nowotworów, jednak wiązane jest z białaczkami i rakiem tarczycy [1]. Kolejny czynnik to wspomniany już azbest, który poprzez wnikanie do dróg oddechowych powoduje rozwój raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej [8]. Do czynników fizycznych zaliczamy również narażenie na działanie pól elektromagnetycznych.

Czynniki biologiczne. Są to głównie wirusy, wśród których możemy wyróżnić:

– wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) odpowiadający za raka szyjki macicy, najczęściej występującego u młodych aktywnych seksualnie kobiet, a także kobiet w wieku około 50 lat [7];
– wirus Epsteina–Barr (EBV) powodujący niektóre rodzaje chłoniaków, ziarnicę złośliwą, raka jamy nosowo-gardłowej;

– wirus mięsaka Kaposiego (KSHV, HHV-8);
– wirus zapalenia wątroby typu B (WZW B) powodujący raka komórek wątrobowych;
– wirusy limfotropowe T odpowiedzialne za białaczki i chłoniaki [8].

Uwarunkowania genetyczne. Mówiąc o nowotworach sporadycznych, powstających w pojedynczych komórkach w wyniku mutacji genu, mamy na myśli większość nowotworów tworzących się pod wpływem substancji kancerogennej lub spontanicznie. Jednakże przyczyną powstawiania części nowotworów jest mutacja genu przekazywanego z pokolenia na pokolenie – są to tzw. nowotwory dziedziczne. Do najczęściej występujących nowotworów z tej grupy zaliczamy: zespół rodzinnej polipowatości jelita grubego, zespół dziedzicznego raka piersi i jajnika, zespół dziedzicznego niepolipowatego raka jelita grubego [9].

Objawy, umiejscowienie nowotworu

Każdy z objawów trwający dłużej niż dwa tygodnie i nieustępujący samoistnie lub powracający powinien być sygnałem do udania się do lekarza pierwszego kontaktu oraz poddania się szczegółowej diagnostyce [10]. Według zaleceń Amerykańskiego Towarzystwa Onkologicznego (American Cancer Society) z 2003 roku podstawowy zestaw objawów choroby nowotworowej, które powinny być znane społeczeństwu, tworzą:

– zaburzenia czynnościowe pracy jelit (zmiana wyglądu stolca, zaparcia, biegunki) lub pęcherza moczowego (pojawienie się krwi w moczu, zmiana częstości oddawania moczu, ból);
– zaburzenia połykania lub niestrawność;
– niegojące się lub trudno gojące się zmiany skórne i błon śluzowych;
– nieprawidłowe krwawienia i wydzieliny (krew w stolcu, czarne stolce, krwioplucie, krwiomocz, krwista wydzielina z brodawki piersi, nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych);
– uporczywy kaszel bądź chrypka;
– zmiany wyglądu barwnikowych zmian skóry;
– guz wyczuwalny w piersi lub w innym miejscu ciała (jądro, węzły chłonne).

Oprócz wyżej podanych objawów szczegółowych zaobserwować można również objawy ogólne choroby nowotworowej, do których zaliczamy utratę masy ciała, gorączkę, osłabienie, bóle, zmiany wyglądu skóry (żółtaczka, zaczerwienienie itp.) [9].

Rodzaje profilaktyki

Profilaktyka onkologiczna oznacza działania wdrażane w życiu codziennym mające na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy. Dzieli się ona na pierwotną, wtórną i trzeciorzędową. Podział ten odpowiada kolejnym etapom naturalnego przebiegu choroby. Rola profilaktyki w życiu codziennym często nie jest należycie doceniana, gdyż zarówno ochrona zdrowia, jak i społeczeństwo skupiają się na diagnostyce i terapii [8]. W 1943 roku opracowano i zastosowano pierwszą

metodę wczesnego wykrywania – test Pap, którego autorami byli Papanicolaou i Traut. Test Pap to cytologiczne rozmazowe badanie szyjki macicy w rozpoznaniu przedklinicznego stadium raka szyjki macicy. Jako badanie przesiewowe został on wprowadzony dopiero po 30 latach od opracowania [7].

Profilaktyka pierwotna

Profilaktyka pierwotna obejmuje osoby zdrowe. Rozumiana jest jako ogół działań podejmowanych w celu obniżenia ryzyka zachorowania na nowotwór złośliwy. Przykładami takiej profilaktyki są: upowszechnianie wiedzy na temat nowotworów, propagowanie zachowań prozdrowotnych, jak również szczepienia ochronne. Jej główne zadanie to zmniejszenie zapadalności i umieralności na nowotwory złośliwe. Aby można było wdrożyć w życie działania w ramach profilaktyki pierwotnej, należy najpierw poznać czynniki rakotwórcze i ryzyko z nimi związane [8]. Poprzez właściwe odżywianie i zdrowy styl życia można zapobiegać aż 80% chorób nowotworowych. Warto zrezygnować z palenia, unikać stresu, z umiarem pracować, zażywać dużo ruchu oraz nie dostarczać organizmowi więcej kalorii, niż potrzeba.

Profilaktyka wtórna

Profilaktyka wtórna koncentruje się na osobach potencjalnie chorych. Celem jest niedopuszczenie do rozwoju i rozprzestrzeniania się nowotworu poprzez wczesne wykrycie objawów w okresie bezobjawowym. Duże szanse na wyleczenie daje zdiagnozowanie nowotworu jeszcze we wczesnym stadium [8]. Najlepszym przykładem profilaktyki wtórnej są badania przesiewowe. Obejmują one osoby zdrowe, bez objawów klinicznych, ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwór [3]. Innymi przykładami profilaktyki wtórnej mogą być zachowania prozdrowotne, takie jak samobadanie piersi, zgłaszanie się na kontrolne badania profilaktyczne.

W 1968 roku WHO sformułowała 10 kryteriów (kryteria Wilsona i Jungnera), jakie musi spełniać choroba, aby możliwe było do przeprowadzenia badanie przesiewowe:

1. Stan chorobowy będący przedmiotem zainteresowania powinien być poważnym problemem zdrowotnym.
2. Dla pacjentów z rozpoznaną chorobą musi istnieć sprawdzone leczenie.
3. Powinna być dostępna diagnostyka i leczenie.
4. Rozpoznawalne musi być utajone lub wczesnoobjawowe stadium choroby.
5. Powinien istnieć odpowiedni test lub badanie diagnostyczne.
6. Test ten musi być akceptowany w populacji.
7. Naturalny mechanizm choroby, w tym rozwój od fazy utajonej do objawowej, musi być należycie poznany.
8. Powinny istnieć jasne zasady dotyczące kwalifikacji pacjentów do leczenia.
9. Koszt wykrycia przypadku (wliczając rozpoznanie i leczenie zdiagnozowanych pacjentów) powinien być ekonomicznie zrównoważony w stosunku do wszystkich wydatków na całą służbę zdrowia.

10. Identyfikacja przypadków musi być procesem ciągłym, a nie jednorazowym działaniem.

W swojej publikacji autorzy omawiają też kryteria oceny testów przesiewowych (identyfikujących przypadki): trafność, wiarygodność, wydajność, koszty, akceptację i dalszą opiekę nad zdiagnozowanym pacjentem [7, s. 44].

Według zaleceń Polskiego Komitetu Zwalczania Raka badania profilaktyczne wskazane są w celu wczesnego wykrywania nowotworów piersi, szyjki macicy, gruczołu krokowego, jelita grubego i skóry [8].

Badania profilaktyczne

Badania krwi. Zalecane są raz w roku. Interpretacja wyników: OB (wzrost wartości OB > 15 u mężczyzn i OB > 20 u kobiet może sugerować nowotwór złośliwy), morfologia krwi (podwyższona liczba leukocytów – powyżej 12 000 leukocytów/mm^3 – występuje przy białaczkach i innych nowotworach złośliwych), próby wątrobowe [zwiększona czynność GGT – gamma-glutamylotransferazy, GPT (ALAT), GOT (AspAT) i podwyższony poziom bilirubiny sugerują nowotwory wątroby], wskaźniki trzustkowe (wystąpienie podwyższonej wartości aktywności amylazy we krwi wskazuje rozwój nowotworu trzustki) [11].

Markery nowotworowe. Wzrost ich poziomu jest równoznaczny z toczącym się w organizmie procesem nowotworowym. W zależności od rodzaju choroby nowotworowej wyróżniamy następujące markery:

- HCG – diagnostyka i monitorowanie leczenia ciążowej choroby trofoblastycznej;
- HCG i AFP – diagnostyka i monitorowanie leczenia zarodkowych nowotworów jajnika i jądra;
- cyfra 21-1 – diagnostyka i monitorowanie płaskonabłonkowego raka płuc;
- PSA – diagnostyka i monitorowanie raka stercza (prostaty);
- NSE – diagnostyka i monitorowanie drobnokomórkowego raka płuc;
- CEA – monitorowanie i prognozowanie nawrotu raka jelita grubego [12].

Badanie ogólne moczu. Należy wykonywać je raz w roku: krew w moczu może wskazywać na nowotwór nerki.

Test na krew utajoną w kale. Wykonuje się go w diagnostyce raka jelita grubego. W przypadku wystąpienia wyniku dodatniego wykonuje się sigmoidoskopię, kolonoskopię lub badanie radiologiczne. Po 50. roku życia zalecane jest wykonanie testu raz w roku [8].

Ultrasonografia. Nieinwazyjna metoda obrazowania tkanek miękkich i narządów za pomocą fali ultradźwiękowej, stosowana przy podejrzeniu raka narządów wewnętrznych (nerki, wątroba, trzustka, pęcherzyk żółciowy, drogi żółciowe, śledziona, aorta, duże naczynia, pęcherz moczowy, macica, przydatki oraz gruczoł krokowy) [8].

Kolonoskopia. Jest to badanie endoskopowe w diagnostyce raka jelita grubego wykonywane co 10 lat. W Polsce jako badanie przesiewowe zalecana

jest u kobiet i mężczyzn bez dodatkowych czynników ryzyka od 50. do 65. roku życia [3].

Badanie *per rectum* (palcem przez odbytnicę). Wykonuje się je w celu wykrycia nowotworów gruczołu krokowego i odbytnicy.

Samokontrola piersi. Powinna być wykonywana u kobiet od 20. roku życia, regularnie co miesiąc, tydzień po zakończeniu miesiączki, a u kobiet niemiesiączkujących w dowolnym terminie. Badanie palpacyjne powinno obejmować obie piersi, fałdy pachowe i dół pachowy oraz węzły chłonne po obydwu stronach ciała. U kobiet powyżej 30. roku życia wskazana jest kontrola piersi w gabinecie lekarskim raz w roku [8].

Mammografia. Pozwala na wykrycie zmian nowotworowych, zanim staną się klinicznie jawne (2–4 lata). Według zaleceń kobiety po 34. roku życia powinny regularnie badać swoje piersi, między 35. a 39. rokiem życia wskazane jest jedno badanie, między 40. a 49. rokiem życia – co dwa lata, a między 50. a 60. rokiem życia – co rok.

Badanie cytologiczne wymazu z szyjki macicy. Daje ono możliwość wczesnego wykrycia stanów przedrakowych i wczesnych postaci raka. Po 3–4 dniach od pobrania próbki jest dostępny wynik cytologii. Badania powinno się przeprowadzić w pierwszej połowie cyklu miesiączkowego, u kobiet między 30. a 60. rokiem życia należy wykonywać badanie nie rzadziej niż co 3 lata, wskazane jest wykonanie go co roku podczas kontrolnej wizyty u ginekologa [8].

Spirometria. Wykonanie badania wskazane jest u palaczy powyżej 40. roku życia co roku. Zmniejszenie pojemności płucnej może być sygnałem rozwoju raka płuca.

RTG klatki piersiowej. Jest badaniem diagnostycznym zalecanym w przypadku podejrzenia nowotworu płuc.

Tomografia komputerowa (TK) i rezonans magnetyczny (MR). Należą do metod obrazowania narządów i tkanek o bardzo dużej dokładności i szczegółowości. Umożliwiają odwzorowanie narządów w przekrojach i warstwami. Dzięki nim można zlokalizować ognisko chorobowe nawet kilkumilimetrowej średnicy, a obrazy narządów przedstawić z dokładnością zbliżoną do obrazów przedstawianych w atlasie. Rezonans magnetyczny jest znacznie dokładniejszym badaniem, gdyż dostarcza wiadomości na temat wielkości, kształtu i umiejscowienia różnych zmian chorobowych dzięki możliwości trójwymiarowego obrazowania oraz większej czułości kontrastowej. TK i MR są wykonywane w diagnostyce nowotworów: ośrodkowego układu nerwowego, układu naczyniowego, oddechowego czy kostno-stawowego, jak również w diagnostyce nowotworów w obrębie jamy brzusznej i miednicy: wątroby, nerek, śledziony, trzustki, nadnerczy, pęcherza moczowego, jajnika, macicy, prostaty.

Badania genetyczne. Mogą być wykonane u członków rodzin obarczonych ryzykiem odziedziczenia chorób w genach. Przeprowadza się wtedy badania DNA w genetycznych poradniach onkologicznych [8].

Profilaktyka trzeciej fazy

Definiuje się ją jako niedopuszczenie do miejscowego nawrotu choroby lub przerzutów po zakończonym leczeniu pierwotnym, chirurgicznym lub radioterapii. Ma na celu wydłużenie przerw pomiędzy nawrotami i poprawę wskaźników przeżycia. Obejmuje także terapię uzupełniającą (leczenie hormonalne, chemioterapię i radioterapię). W niektórych publikacjach naukowych jako profilaktykę trzeciej fazy określa się również działania rehabilitacyjne mające na celu poprawę jakości życia w przyszłości [7].

Organizacje powołane do walki z chorobami nowotworowymi

Organizacje rządowe zobowiązane są do wspierania poprzez ustawodawstwo programów zapobiegania nowotworom. Promowanie zdrowego stylu życia i minimalizowanie oddziaływania czynników kancerogennych może się odbywać poprzez:

1. Powoływanie narodowych programów walki z rakiem, które zakładają również zapobieganie.
2. Jeśli infrastruktura i zasoby ludzkie na to pozwalają, tworzenie programów przesiewowych dotyczących raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego.
3. Tworzenie ustaw mających na celu ochronę środowiska i ochronę pracowników przed czynnikami kancerogennymi.
4. Minimalizowanie ekspozycji na czynniki rakotwórcze w miejscach pracy i miejscach publicznych.
5. Wprowadzenie regulacji prawnych odnośnie do używania substancji i leków mających działanie rakotwórcze.
6. Promowanie zdrowego stylu życia oraz redukcji ryzykownych zachowań poprzez zmianę wartości cenowej niektórych produktów.
7. Rozpowszechnianie informacji zwiększających świadomość konsumentów.
8. Popularyzację odkryć naukowych.
9. Zapobieganie negatywnym wpływom reklamy i promocji niezdrowego stylu życia [7].

Organizacje działające na terenie Polski to:

– Polska Unia Onkologii,
– Polski Komitet Zwalczania Raka,
– Stowarzyszenie Wspierania Walki z Nowotworami „Pokonać raka".

Podsumowanie

Rola profilaktyki zgodnie z definicją WHO skupia się przede wszystkim na zapobieganiu chorobom poprzez rozpoznawanie czynników ryzyka i wczesnych objawów choroby. Natomiast wczesne wykrycie oraz podjęcie leczenia mają wpływ na rokowanie i poprawę jakości życia chorego. W odniesieniu do raka profilaktyka ma na celu zmniejszenie śmiertelności na poziomie całego społeczeństwa. Najskuteczniejszą bronią w walce z rakiem jest wiedza. Wiedza natomiast ma bardzo

znamienny wpływ na wczesne wykrycie choroby nowotworowej oraz świadome uczestnictwo w późniejszym procesie leczenia [13, 14].

Profilaktyka pierwotna to działania, jakie można podjąć w celu ograniczenia ryzyka zachorowania, które w głównej mierze opierają się na modyfikacji stylu życia oraz uświadamianiu na temat czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka oraz mechanizmów ich działania. Posiadana wiedza może znacząco wpłynąć na zminimalizowanie tych czynników, a tym samym zmniejszyć prawdopodobieństwo zachorowania [15].

Profilaktyka wtórna skupia się na działaniach mających na celu wczesne wykrywanie raka poprzez badanie osób, które nie mają żadnych objawów chorobowych, w celu rozpoznania nowotworu jeszcze w fazie bezobjawowej. Leczenie nowotworu w tym okresie ma dobre rokowanie, gdyż odpowiednio szybko wykryty jest całkowicie wyleczalny [16].

Kluczową rolę w profilaktyce nowotworowej odgrywa budowanie świadomości zdrowotnej obywateli. Najważniejsza wydaje się popularyzacja wiedzy na ten temat nie tylko wśród pracowników ochrony zdrowia, ale przede wszystkim szeroko w społeczeństwie, już od wczesnych lat życia – wśród dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych [17].

Wnioski

1. Społeczeństwo posiada ogólną wiedzę na temat profilaktyki chorób nowotworowych.
2. Istotne jest, aby zwiększyć rolę lekarza i pielęgniarki/położnej w edukacji i motywowaniu pacjentów do aktywnych działań na rzecz profilaktyki chorób nowotworowych.
3. Niedostateczna znajomość czynników zwiększających ryzyko zachorowania oraz nieznajomość wczesnych objawów choroby nowotworowej wskazują, w jakim kierunku powinny zmierzać działania profilaktyczne na rzecz wzmacniania zdrowia społeczeństwa.

Bibliografia

1. Chybicka A. (red.): Od objawu do nowotworu. Wczesne rozpoznawanie chorób nowotworowych u dzieci, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013.
2. Dorfmüller M., Dietzfelbinger H.: Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne, Elesevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
3. Frączek M. (red.): Podstawy diagnostyki i terapii nowotworów, Wydawnictwo α-medica Press, Bielsko-Biała 2008.
4. Zatoński W.: Europejski kodeks walki z rakiem, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2010.
5. Książek J., Korczyńska J., Terech S.: Problem nikotynizmu w aspekcie profilaktyki raka płuca wśród studentów gdańskich uczelni, Medycyna Rodzinna, 2013; 4: 137–142.

6. Kozłowska-Wojciechowska M.: Czynniki żywieniowe a ryzyko nowotworów, cz. II, Medycyna po Dyplomie, 2004; 10: 140–143.
7. Schrijvers D., Senn H.-J., Mellstedt H., Zakotnik B.: Podręcznik profilaktyki chorób nowotworowych, Wydawnictwo MediPage, Warszawa 2009.
8. Koper A. (red.): Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
9. Jeziorski A.: Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
10. Składowski K.: Wspólnie pokonajmy raka, Wydawnictwo Znak, Kraków 2011.
11. Torchała K.: Morfologia pozwala wykryć nowotwory krwi we wczesnym stadium. https://www.mp.pl/pacjent/hematologia/aktualnosci/244773,morfologia-pozwala-wykryc-nowotwory-krwi-we-wczesnym-stadium [dostęp: 30.09.2024].
12. http://sla.pl/markery-nowotworowe [dostęp: 30.09.2024].
13. Michalik D., Sławińska E.: Rak piersi. Między ryzykiem a szansą, Wydawnictwo BookEdit, Warszawa 2022.
14. Murawa D., Dyzmann-Sroka A., Kycler W. i wsp.: ABC raka piersi, Ministerstwo Zdrowia – Wielkopolskie Centrum Onkologii, [Warszawa] 2010.
15. Paciorek A.M., Kowalewska B.: Zachowania zdrowotne i wiedza kobiet na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka piersi. W: Klimaszewska K., Baranowska A., Krajewska-Kułak E. (red.): Współczesne wyzwania w ochronie zdrowia, t. 2, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2019: 191–223.
16. Bojakowska U.J., Kalinowski P., Kowalska M.: Epidemiologia i profilaktyka raka piersi, Journal of Education, Health and Sport, 2016; 6(8): 701–710. doi: 10.5281/zenodo.61187.
17. Ankiersztejn-Bartczak M., Górecka A., Cwener M.: Szkoła promująca zalecenia Europejskiego kodeksu walki z rakiem. Poradnik metodyczny dla nauczycieli szkół podstawowych i gimnazjów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2015.

13. Zróżnicowanie podejść prawnych, zawodowych i edukacyjnych do osób nietypowych pod względem tożsamości płciowej

Diversity in legal, professional and educational approaches to gender non-conforming individuals

Karolina Czerwiec[1, a], Magdalena Leżucha[2, b]

[1] Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
University of the National Education Commission, Kraków
[2] Wydział Humanistyczny, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Faculty of Humanities, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław

[a] https://orcid.org/0000-0002-3774-6901
[b] https://orcid.org/0000-0002-5548-559X

Abstrakt

Brak integracyjnych zasad społecznych i procedur prawnych generuje wiele przeszkód dla funkcjonowania osób o nietypowej tożsamości płciowej. Społeczne napięcia i nietolerancja nie pozwalają na wykształcenie postawy akceptacji i sprawiedliwości wobec nich. W artykule zaprezentowano przykłady działań prawnych i zawodowych wobec osób o nienormatywnej tożsamości płciowej, a także ich wsparcia w systemie edukacji.

Słowa kluczowe: tożsamość płciowa, płeć, prawo, praca zawodowa, edukacja, szacunek.

Abstract

The lack of inclusive social rules and legal procedures generates many obstacles to the functioning of people with atypical gender identities. Social tensions and intolerance prevent the development of an attitude of acceptance and justice towards them. The article presents examples of legal and professional actions towards people with non-normative identities, as well as their support in the education system.

Keywords: gender identity, gender, law, professional work, education, respect.

Wstęp

Płeć biologiczna (*sex*) oznacza płeć określaną w ramach klasyfikacji uwzględniającej przede wszystkim cechy anatomiczne i fizjologiczne organizmu, w tym budowę narządów płciowych, układ chromosomalny oraz gospodarkę hormonalną. W tradycyjnym ujęciu wyróżnia się płeć żeńską i męską, jednak biologiczne cechy płci

mają charakter wielowymiarowy i nie zawsze układają się w jednoznaczne, binarne wzorce. Na sposób postrzegania i interpretowania cech płciowych wpływają również uwarunkowania społeczne i kulturowe. Wiążą się z nią społeczne konstrukcje i oczekiwania, lecz jej określenie opiera się na morfologicznych i fizjologicznych cechach ciała danej osoby.

Pojęcie płci kulturowej (*gender*) odnosi się natomiast do społecznych i kulturowych znaczeń przypisywanych płci, obejmujących m.in. role, normy, oczekiwania, zachowania i sposoby ekspresji związane z płcią. W tym kontekście określenia „męski" i „żeński" dotyczą nie tylko społecznego postrzegania jednostki przez innych, lecz także jej własnego poczucia tożsamości i sposobu jej wyrażania. *Sex* i *gender* pozostają ze sobą związane, jednak nie są pojęciami tożsamymi. Z tego względu ich synonimiczne stosowanie może prowadzić do uproszczeń i niejednoznaczności terminologicznych [1].

Taka sytuacja może mieć miejsce w przypadku społecznego postrzegania poczucia tożsamości płciowej danej osoby. Dotyczyć to może dysforii płciowej [2], którą charakteryzuje się jako dyskomfort, jaki ktoś odczuwa w związku z przypisaną mu płcią, jego doświadczaniem i sposobem, w jaki społeczeństwo traktuje go na podstawie wyglądu. W DSM-IV zaburzenia identyfikacji płciowej klasyfikowane były w powiązaniu z zaburzeniami seksualnymi. W DSM-5, czyli od 2013 roku, dysforia płciowa stała się odrębną kategorią z uwagi na to, że nie jest związana wyłącznie z płciowością, ale z ogólnym funkcjonowaniem człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia nie uważa dysforii płciowej za chorobę psychiczną, a niezgodność płci uznaje za stan zdrowia seksualnego, by wyeliminować stygmatyzację i zapewnić pacjentom dostęp do zabiegów zdrowotnych [3].

Rozważanie płciowości wiąże się z terminem „cispłciowość", który definiuje osobę jako tę, której tożsamość płciowa jest zgodna z płcią oznaczoną przy urodzeniu zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami w kwestiach jej biologicznego, psychicznego i społecznego rozwoju [4]. „Cispłciowość" jest terminem ułatwiającym rozważania nad normatywnymi i nienormatywnymi przejawami płciowości, przy czym rozważania te narażone są na podkreślanie „inności" osób uznawanych za nieprzystające do norm społecznych i prawnych [5]. Przykład stanowią osoby transpłciowe, które narażone są na fizycznie ataki, nękanie i prześladowanie, a także na uprzedzenia społeczne [6].

W artykule zaprezentowano przykłady działań prawnych i zawodowych wobec osób o nienormatywnej tożsamości płciowej, jak również sposoby wsparcia takich osób w systemie edukacji.

Działania prawne wobec osób nietypowych pod względem płci

W literaturze przedmiotu prezentowano przykłady działań prawnych dotyczących problemów związanych z funkcjonowaniem osób nietypowych pod względem płci. Poniżej przedstawiono kilka przypadków pokazujących spektrum ich trudności.

Początkowo w XX wieku wnioski o prawne uznanie płci były odrzucane przez większość sądów, które utrzymywały, że biologia definiuje płeć prawną oraz że ma

ona charakter stały i niezmienny. Stopniowo stanowisko to zaczęło się zmieniać, a w kolejnych dekadach sądy coraz częściej poddawały taką argumentację krytyce. Stwierdziły, że poprzednie orzecznictwo nie doceniało możliwości terapii potwierdzających płeć (tranzycje medyczne mogą istotnie zmienić cechy płciowe) oraz że poza biologią należy wziąć pod uwagę czynniki społeczne i psychologiczne [7].

Doświadczenia amerykańskie pokazują, że sądy wyobrażały sobie płeć prawną na trzy sposoby: opisowo (cecha indywidualnej tożsamości i miernik weryfikacji tożsamości); relacyjnie (cecha konkretnych relacji płciowych); hierarchicznie (konstrukcja, do której przywiązuje się władza). Sądy znacznie częściej przyznawały prawo do zmiany danych osobowych niż do zmiany klasyfikacji płciowej. Uznano, że czasami potrzeba wyraźnego wskaźnika tożsamości płciowej, aby móc zaspokoić potrzeby zdrowotne danej osoby i zapewnić komfort społeczeństwu [8].

Przepisy o niedyskryminacji przez wiele lat nie definiowały *sex* i *gender*. W konsekwencji to sądom pozostawiano decyzję, czy dyskryminacja osób transpłciowych powinna być uznana za rodzaj dyskryminacji ze względu na płeć. Przykładem jest sprawa, w której sąd stwierdził, że kobieta transpłciowa nie była zwolniona z pracy ze względu na płeć oraz że nie była dyskryminowana ze względu na to, że była kobietą, ale dlatego, że była transpłciowa – przyjmowała żeńskie hormony, ubierała się w żeńskie stroje i miała chirurgicznie skonstruowane żeńskie narządy płciowe. Decyzję uznano za wzorzec wykluczenia i błędnej interpretacji nietypowości płciowej [9].

Osoby transpłciowe często pozbawia się praw takich jak dziedziczenie majątku po współmałżonku, świadczenia z tytułu śmierci współmałżonka, opieka nad dzieckiem, gdyż sądy uznają małżeństwo za nieważne z mocy prawa. Rousseau [10] podaje przykłady spraw sądowych tego rodzaju:

1. W sprawie dotyczącej alimentów mąż uznał, że nie jest nic winien żonie, gdyż ta urodziła się mężczyzną, więc małżeństwo było nieważne. Przed ich ślubem usunięto jej męskie narządy płciowe i skonstruowano żeńskie. Chirurg wykonujący te zabiegi zeznał przed sądem, że tożsamość płciowa jest stabilna w 3.–4. roku życia, i zdefiniował ją jako całkowite poczucie siebie jako mężczyzny lub kobiety, co przenika całą koncepcję własnego miejsca w życiu, społeczeństwie i rzeczywistości, a fakty dotyczące anatomii są drugorzędne. Sąd rozważył psychologiczne aspekty transpłciowości i uznał, że kobieta przez całe życie należała do płci żeńskiej, a jej anatomia potwierdza, że była kobietą w momencie ślubu. Według sądu, jeśli psychiczne poczucie osoby jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia, małżeństwo było ważne, dlatego mąż był winien żonie alimenty.
2. Przykładem konserwatywnego podejścia sądu do funkcjonowania osób transpłciowych w małżeństwach była sprawa, w której problemem był fakt, że przed ślubem kobieta przeszła trzy zabiegi chirurgicznej korekty płci. Następnie wyszła za mąż, a z mężem mieszkała do jego śmierci. Według sędziego kobieta urodziła się mężczyzną, co wynikało z jej oryginalnego aktu urodzenia – straciła więc korzyści płynące z małżeństwa.

3. W innej sprawie mężczyzna odwołał się do sądu, gdy stracił opiekę nad dzieckiem. Przydzielony do płci żeńskiej po urodzeniu i doświadczający dysforii płciowej jako dziecko, w wieku 21 lat zaczął przyjmować testosteron. Ożenił się, a następnie poprzez sztuczną inseminację urodziło mu się dziecko. Został wskazany jako ojciec w akcie urodzenia dziecka. W tym czasie przeszedł histerektomię i operację usunięcia jajowodów i jajników, wydano mu akt urodzenia, w którym zmieniono jego oznaczenie płci na męską. Po latach złożył pozew o rozwód i wyłączną opiekę nad dzieckiem. Sąd, na podstawie zeznań lekarzy, uznał, że nie był mężczyzną mimo zmiany aktu urodzenia. Z uwagi na to, że małżeństwa osób tej samej płci były nielegalne, nie był mężczyzną w świetle prawa, a więc nie mógł być też mężem.
4. Interesujący jest także przypadek kobiety, która podjęła próbę otrzymania świadczeń z tytułu śmierci męża (w okresie małżeństwa zmieniła imię, oznaczenie płci w dokumentach i przeszła zabieg korekty płci, a mąż był świadomy tych zmian). Sąd stwierdził, że płeć jest regulowana w chwili urodzenia, a w tym przypadku była przedmiotem fizycznej manipulacji, co zostało ustalone na podstawie badań anatomicznych i genetycznych. Uznał, że kobieta była mężczyzną w sensie prawnym, a więc nie była uprawniona do świadczeń małżeńskich.

Agarwal i wsp. [11] przedstawili 21 rozstrzygniętych spraw sądowych w Indiach, których większość dotyczyła zmiany dokumentów tożsamości przez osoby transpłciowe, jak również dyskryminacji ze względu na tożsamość płciową i braku regulacji w zakresie prawa spadkowego. Podejście sądów było niespójne, zwłaszcza w kwestii przemocy wobec osób transpłciowych: podczas gdy w jednych przypadkach sądy zalecały rozszerzenie ochrony policji na osobę nękaną, w innych odmawiały interwencji, argumentując, że państwo nie jest w stanie zapewnić osobnej ochrony każdemu obywatelowi indywidualnie.

Systemy weryfikacji formalnej przysparzają trudności członkom grup traktowanych stereotypowo i tym, którzy muszą sformalizować swoją tożsamość. Jedną z proponowanych strategii była eliminacja klasyfikacji płci. Jednak spełnia ona ważne funkcje, np. dokument tożsamości z oznaczeniem płci, które odpowiada tożsamości płciowej, może chronić przed nękaniem ze względu na płeć, a także przed oszustwami w tym zakresie. Wymogi dotyczące zmian w aktach urodzenia mają stanowić dowód na weryfikację stabilności tożsamości męskiej lub żeńskiej i zapewniają, że jednostki nie będą żałować podjętej decyzji [12, 13].

Dla wielu osób zmiana danych osobowych i oznaczeń płci w dowodzie tożsamości to pierwszy krok do legalnej weryfikacji ich płci podczas ubiegania się o pracę [14] czy ochrony przed dyskryminacją opartą na percepcji [15]. Tolerancja jest ściśle związana z ideą obywatelstwa i zakłada uznanie różnorodności za immanentny element życia społecznego i politycznego. Perspektywa ta wymaga uwzględnienia złożoności ludzkich działań, uwarunkowań kulturowych oraz sprawczości jednostek, co pozwala na pełniejsze zrozumienie mechanizmów prowadzących do powstawania i utrwalania nierówności społecznych [16].

Działania wobec osób transpłciowych w zakresie zawodowym

Rządy opracowywały różne strategie pomocy społecznej oparte na moralistycznym rozumieniu ekspresji, roli i hierarchii płci. Z czasem zaczęto brać pod uwagę konsekwencje ekonomiczne, z jakimi borykają się ludzie o odmiennej niż przypisana im tożsamości płciowej [16]. Te rządy, które ratyfikowały Powszechną deklarację praw człowieka, często nie zastanawiały się, jakie ma ona zastosowanie dla społeczności transpłciowej [17]. Hammarberg [18] podaje, że 40% trans kobiet i 36% trans mężczyzn jest zatrudnionych na pełny etat (w przypadku osób cispłciowych jest to 57% kobiet i 72% mężczyzn).

W opracowaniach na temat transpłciowości można znaleźć przykłady trudności osób transpłciowych na polu zawodowym. Poniżej zaprezentowano kilka przypadków.

Price Minter [19] podaje historie osób, które nie znalazły zatrudnienia ze względu na swoją transpłciowość. Mężczyzna pomyślnie przeszedł rozmowę kwalifikacyjną na stanowisko kierownicze i otrzymał ofertę pracy. Jednak gdy pracodawca dowiedział się o jego transpłciowości na podstawie dokumentów opisujących go jako kobietę, perspektywa zatrudnienia zniknęła – zarząd uznał, że jego preferencje, by zachowywać się jak mężczyzna, pomimo że urodził się kobietą, nie są zgodne z polityką kadrową. Innego mężczyzny nie zatrudniono dlatego, że zdaniem pracodawców z powodu jego transpłciowości współpracownicy i kontrahenci odczuwaliby dyskomfort, a to osłabiłoby kontakty biznesowe firmy. Inny przykład to kobieta, która po latach pracy powiadomiła przełożonego, że jest transpłciowa. Kobieta została zwolniona (firma argumentowała, że ma konserwatywnych klientów), bezskutecznie poszukiwała innej pracy, aż w końcu doświadczyła bezdomności. Kolejny przypadek to mężczyzna, który stał się obiektem nękania ze strony współpracowników poprzez ujawnienie jego statusu, zmuszenie go do ujawniania osobistych danych medycznych, a następnie zwolnienie z pracy.

Rao [20] podaje, że kobieta transpłciowa nie została partnerem firmy, w której pracowała, ponieważ mimo opinii kolegów opisujących ją jako profesjonalistkę niektórzy postrzegali ją jako zbyt męską. Aby zwiększyć jej szansę na partnerstwo w przyszłości, doradzono jej, by mówiła i ubierała się bardziej kobieco. Sąd stwierdził, że to płeć pracownika wywołała krytykę, a nie umiejętności (na co powoływał się pracodawca). W innej sprawie, mężczyzny, który był nękany przez współpracowników napaściami fizycznymi i groźbami gwałtu, sąd uznał to za dyskryminację ze względu na płeć. Inny przypadek dotyczył strażaka wyrzuconego z pracy po zawiadomieniu pracodawcy o diagnozie dysforii płciowej i planie tranzycji z płci męskiej na żeńską. Sąd orzekł, że transpłciowość nie jest podstawą dla roszczenia dotyczącego dyskryminacji ze względu na płeć. Jeszcze inny przykład dotyczy kobiety, która zanim dokonała tranzycji, złożyła podanie o pracę jako specjalista ds. terroryzmu i przestępczości międzynarodowej, uzyskując najwyższy wynik rozmowy kwalifikacyjnej ze wszystkich 18 kandydatów. Gdy trwały formalności dotyczące jej zatrudnienia, wyjaśniła przełożonemu, że zamierza rozpocząć pracę nie jako mężczyzna, lecz kobieta. Przełożony wycofał ofertę. Sąd uznał to za dyskryminację ze względu na płeć i zastosował analogię do dyskryminacji religijnej,

biorąc pod uwagę, że zarówno religia, jak i tożsamość płciowa mogą być złożone. W innej sprawie stwierdzono, że dyskryminacja ze względu na niezgodność płci narusza klauzulę o równej ochronie wszystkich ludzi. Sytuacja dotyczyła kobiety, która powiadomiła pracodawcę o planie tranzycji. Ten natychmiast ją zwolnił, uznając, że niekomfortowe i niemoralne jest kontaktowanie się z kimś, kto mając męskie narządy płciowe, ubrany jest w damską odzież. Sąd uznał, że dyskryminacja ze względu na stereotypy płciowe jest dyskryminacją ze względu na płeć. Decyzja stała się punktem zwrotnym w ochronie prawnej tych osób [20].

Działania wobec młodych osób transpłciowych

Według organizacji Advocates for Children of New York [21] znaczna część przypadków molestowania i innych form wiktymizacji motywowanych tożsamością płciową w środowisku szkolnym pozostaje niezgłaszana. Pomimo częstego występowania takich zachowań wielu uczniów nie informuje o nich nauczycieli ani władz szkoły. Szacuje się, że od około 10% do ponad 50% uczniów, którzy doświadczyli nękania, nie zgłasza tych incydentów. Z kolei badania Whittle i wsp. [22] wykazały, że 64% transpłciowych mężczyzn (osób dokonujących tranzycji *female to male*) oraz 44% transpłciowych kobiet (osób dokonujących tranzycji *male to female*) doświadczyło nękania lub zastraszania ze strony personelu szkolnego.

W raporcie *National school climate survey 2007* opublikowanym przez Gay, Lesbian and Straight Education Network (GLSEN) wykazano, że uwagi o bezwartościowości były powszechne wobec 90% uczniów transpłciowych. Negatywne uwagi na temat sposobu wyrażania płci i tendencyjny język na temat zachowań niewystarczająco męskich lub kobiecych były wszechobecne; 65% uczniów transpłciowych zgłosiło, że czuło zagrożenie z powodu ekspresji płciowej, a połowa z tego powodu opuszczała zajęcia; 90% zgłosiło napastowanie słowne; 76% zgłosiło molestowanie seksualne; 89% stwierdziło, że jest celem plotek lub kłamstw; 92% czuło się wykluczonych; 62% doświadczyło cyberprzemocy (np. posty w mediach społecznościowych); 67% zostało okradzionych lub celowo uszkodzono ich mienie w szkole. Większość nie zgłosiła władzom szkolnym tych incydentów; tylko 51% powiedziało rodzinie o byciu molestowanym lub napadniętym w szkole [23].

Uczniowie zgłaszali, że na terenie szkół są miejsca szczególnie niebezpieczne: korytarze i klatki schodowe (48%), teren przed szkołą (24%), łazienki i szatnie (9%), stołówki (7%) i autobusy szkolne (6%) [24]. Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii przez Youth Chances [25] wykazało, że 75% respondentów doświadczyło wyzwisk, 28% – przemocy fizycznej, a 32% opuściło lekcje z obawy przed dyskryminacją. Wielu nie zgłosiło zastraszania, a spośród tych, którzy to zrobili, 37% stwierdziło, że pracownicy szkoły w ogóle na to nie zareagowali [26]. Komisja ds. Równości i Praw Człowieka wykazała powszechność nękania uczniów transpłciowych w Wielkiej Brytanii. Tavistock and Portman Clinic w Londynie podała, że w roku szkolnym 2013/2014 zgłosiło się do niej 441 uczniów, w porównaniu z 91 w roku szkolnym 2009/2010. Liczba podwaja się co 5–6 lat, zatem coraz bardziej widoczna jest populacja tych, którzy potrzebują wsparcia [26, 27].

W *School survey on crime and safety* dyrektorzy szkół wskazali na występowanie molestowania uczniów ze względu na tożsamość płciową. Badanie *California school climate survey* przeprowadzone wśród 94 tys. nauczycieli wykazało, że według 63% pedagogów nękanie jest nieistotne lub łagodne [28]. Jednak jak wynika z raportu Human Rights Campaign [29], tylko 27% młodzieży o nietypowej tożsamości płciowej może się czuć dobrze w szkole, 13% zgłasza pozytywne opinie o pobycie w szkole, a 26% twierdzi, że czuje się w niej bezpiecznie. Z kolei 70% zgłosiło poczucie bezwartościowości, a tylko 5% twierdziło, że nauczyciele ich wspierają. Human Rights Campaign [30] i badacze z University of Connecticut wykazali, że młodzież transpłciowa dwa razy bardziej niż rówieśnicy cispłciowi jest narażona na napaść seksualną z powodu faktycznej lub postrzeganej tożsamości; tylko 16% zawsze czuje się bezpiecznie w szkole; 42% spotkało się z zagrożeniami fizycznymi ze względu na tożsamość [30]. W fińskiej próbie klinicznej nastolatków z problemami w zakresie tożsamości płciowej, którzy doświadczyli przemocy w szkole, 3/4 było zastraszanych [31]. Młodzież transpłciowa zgłosiła najwyższy wskaźnik wiktymizacji z powodu przemocy fizycznej, psychicznego znęcania się podczas randek i cyberrandek. Różnice w stosunku do nastolatków cispłciowych wahały się od 2 do 7 razy dla różnych form przemocy [32].

Według uczniów transpłciowych kluczowa jest konieczność zaprezentowania się odpowiednio męsko lub odpowiednio kobieco, co pozwala uniknąć zastraszania [33]. Dane przedstawione w raporcie *National school climate survey 2007* wskazują, że tylko 12% uczniów transpłciowych uczęszczało do szkół, w których obowiązywały regulacje wyraźnie uwzględniające tożsamość płciową. Oznacza to, że zdecydowana większość szkół nie posiadała polityk odnoszących się wprost do ochrony osób transpłciowych. Jak wynika z badań, 44% tej grupy miało wsparcie w swojej szkole, a 68% uczęszczało na spotkania wspierające; 46% mogło znaleźć informacje o osobach transpłciowych, ich historii lub wydarzeniach z nimi związanych w bibliotece szkolnej, a 31% miało dostęp do tych informacji za pośrednictwem szkolnego Internetu. Ponadto 16% zgłosiło, że tematy związane z różnorodnością płciową zostały uwzględnione w ich podręcznikach, a 11% miało włączający program nauczania obejmujący reprezentacje osób transpłciowych. Często jednak uczniowie transpłciowi byli zmuszeni edukować personel szkolny w zakresie problematyki tożsamości płciowej oraz samodzielnie zabiegać o poszanowanie swoich praw, podczas gdy inni uczniowie nie musieli podejmować takich działań [23]. Ignorowanie potrzeb uczniów, którzy chcą być postrzegani przez rówieśników autentycznie, wzmacnia negatywne zachowania. W praktyce oznacza to, że uczeń walczący z zastraszaniem jest bardziej narażony na karę niż uczeń, który jest agresorem. Programy sprawiedliwości naprawczej, interwencje i wsparcie pozytywnych zachowań to przykłady alternatywnych podejść służących poprawie sytuacji [34].

W wyniku zmieniających się przepisów i polityk, a także w świetle badań zmienia się rozumienie przez nauczycieli ich odpowiedzialności za poprawę bezpieczeństwa młodzieży transpłciowej. To wszystko ma miejsce w sytuacji, gdy

istnieje luka w literaturze dotyczącej czynników, które mają wpływ na wdrażanie programów edukacyjnych włączających osoby transpłciowe. W praktyce niewiele szkół aktywnie wdrażało prawo, a wielu uczniów i rodziców pozostawało nieświadomymi swoich praw, przy niewielkiej aktywnej ochronie ze strony dyrektorów szkół [28, 35]. W skali globalnej przepisy prawne regulujące pracę szkół są ambiwalentne w odniesieniu do doświadczeń szkolnych uczniów transpłciowych [36].

Potrzeba edukacji seksualnej i posługiwania się prawidłowym językiem

Definiowanie i rozumienie płci nie jest łatwe. Język często patologizuje i wzmacnia stereotypy płciowe. Problemem jest brak języka opisującego naturalne różnice w zachowaniu społecznym i wyrażaniu tożsamości [37]. Średni wiek, w którym młoda osoba przyswaja słowo „transpłciowy", to 15,4 roku, a zatem dla wielu osób istnieje duża luka pomiędzy momentem, gdy zdają sobie sprawę ze swojej tożsamości płciowej, a momentem, w którym są w stanie to opisać. Bez znajomości odpowiedniej terminologii rozmowa na ten temat jest trudna. Język można rozumieć jako narzędzie konstruowania tożsamości, a słowa używane do opisania płci mogą mieć wpływ na to, jak ludzie postrzegają siebie i innych, oraz na to, w jaki sposób wchodzą w interakcję ze światem [26, 27]. Imię i zaimki osobowe są ważną częścią tożsamości, określają sposób postrzegania danej osoby i wpływają na jej interakcje komunikacyjne [34]. Warto się zastanowić, w jaki sposób język wpływa na narracje na temat norm płciowych. Niektóre narracje mogą się zawężać, nawet jeśli oferują wolność [2].

W edukacji seksualnej nie dostrzega się problemów osób wykluczonych ze względu na ich tożsamość płciową, podobnie jak potrzeby większej koncentracji na tożsamościach niż ciałach osób transpłciowych. Niewiele badań skupia się na ich doświadczeniach. Tymczasem nieukończenie szkoły, a tym samym brak edukacji, np. w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową, jest często kluczowym czynnikiem przyczyniającym się do nieplanowanych ciąż lub pracy seksualnej tych osób. Terapia hormonalna nie jest skutecznym środkiem antykoncepcji, choć szeroko rozpowszechnione jest założenie, że prowadzi do bezpłodności. Dlatego nauczyciele powinni rozmawiać z osobami transpłciowymi w taki sposób, by mówić nie tylko języku i ciele, ale też o intymności i wsparciu [38].

Podsumowanie

Sposobem przeciwdziałania dehumanizacji są prawidłowe definiowanie *sex*, *gender*, orientacji seksualnej i tożsamości płciowej oraz właściwe rozumienie ochrony prawnej. Jako istotne jawią się indywidualny i społeczny wymiar tożsamości oraz negocjowanie cech właściwych dla każdego z nich. Kwestia przynależności zależy od kategoryzacji społeczno-kulturowych, charakteru interakcji między grupami społecznymi i izolacji osób uznanych za „inne". Dyskryminacja i negatywne postawy mogą utrudniać akceptację swojej odmienności w niesprzyjających

warunkach, co stanowi duże wyzwanie dla przejawiania subiektywnych reprezentacji. Potrzeba integracji społecznej często jest silniejsza niż potrzeba ujawnienia tożsamości płciowej niezgodnej ze społecznymi oczekiwaniami. Istnieje tu ryzyko stygmatyzacji i błędnych przekonań w świecie niedostatecznie inkluzywnym, co wynika z kulturowych wyobrażeń o człowieku, postrzegania jego płci i stereotypów generujących sposoby myślenia. Przekłada się to na przepisy prawa, które z punktu widzenia osób o nienormatywnej tożsamości płciowej są trudne do interpretacji.

Podejmowanie działań edukacyjnych i prawnych na rzecz uświadamiania społeczeństwa w kwestiach płci i tożsamości płciowej może stanowić szansę na godne życie dla osób nienormatywnych. Widoczna jest zmiana podejścia do ich prawnej ochrony i kulturowej percepcji, choć przypadki przemocy, np. w miejscach pracy, wciąż stanowią ich codzienność. Podobne sytuacje mają miejsce w szkołach, co często związane jest z brakiem edukacji w zakresie stosowania odpowiedniej terminologii dotyczącej płci w określonych kontekstach. Dlatego istnieje potrzeba wypracowania nowych, bardziej spójnych i konkretnych mechanizmów radzenia sobie z dyskryminacją ze względu na płeć, służących eliminacji negatywnych postaw wobec ludzkiej odmienności.

Bibliografia

1. Lane J.M.: Reproducing intersex trouble: An analysis of the M.C. case in the media, Graduate Theses and Dissertations, 2018. http://scholarcommons.usf.edu/etd/7187 [dostęp: 10.07.2026].
2. Evans S., Evans M.: Gender dysphoria: A therapeutic model for working with children, adolescents and young adults, Phoenix Publishing House, Bicester 2021.
3. Simon C.: Being transgender no longer considered as mental illness: Here's why, USA Today, 2018. https://www.usatoday.com/story/news/2018/06/20/transgender-not-mental-illness-world-health-organization/717758002 [dostęp: 10.07.2026].
4. Kowalczyk R., Rodzinka M., Krzystanek M. (red.): Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa 2016.
5. Shotwell A., Sangrey T.: Resisting definition: Gendering through interaction and relational selfhood, Hypatia, 2009; 24(3): 56–76.
6. Leżucha M., Czerwiec K.: Trudności osób transpłciowych w zakresie respektowania ich praw, Społeczeństwo. Edukacja. Język, 2023; 17, 193–211. doi: 10.19251/sej/2023.17(12).
7. Dunne P.R.: The conditions for obtaining legal gender recognition: A human rights evaluation, University of Bristol Law School, 2018.
8. Meadow T.: "A rose is a rose": On producing legal gender classifications, Gender & Society, 2010; 24(6): 814–837.
9. Currah P., Juang R., Price Minter S.: Introduction. W: Currah P., Juang R.M., Price Minter S. (eds.): Transgender rights, University of Minnesota Press, Minneapolis – London 2006: 13–24.

10. Rousseau A.C.: Transgender beneficiaries: In becoming who you are, do you lose the benefits attached to who you were, Hofstra Law Review, 2018; 47(2): 12. https://scholarlycommons.law.hofstra.edu/hlr/vol47/iss2/12 [dostęp: 30.07.2026].
11. Agarwal A., Sanyal D., Mukherjee N.: Queering the Law: Making Indian laws LGBT+ inclusive, Vidhi Centre for Legal Policy, [New Delhi 2019].
12. Clarke J.A.: Identity and form, California Law Review, 2015; 103(4): 747–839.
13. Clarke J.A.: They, them, and theirs, Harvard Law Review, 2019; 132(3): 894–991.
14. Mottet L.: Modernizing state vital statistics statutes and policies to ensure accurate gender markers on birth certificates: A good government approach to recognizing the lives of transgender people, Michigan Journal of Gender & Law, 2013; 19(2): 376–451.
15. Davies E.B.: Reconstruction of gender law via a critical discourse analysis of trans and 3rd wave feminist narratives of sexual subjectivity. Thesis, The School of Law, Manchester Metropolitan University, 2013.
16. Spade D.: Mutilating gender. W: Stryker S., Whittle S. (eds.): The transgender studies reader, Routledge, New York 2006: 315–332.
17. Lesbian/Gay Law Notes, 2012, January. https://lgbtqbar.org/assets/January-2012-Law-Notes.pdf [dostęp: 30.07.2026].
18. Hammarberg T.: Tożsamość płciowa a prawa człowieka. Dokument tematyczny Thomasa Hammarberga Komisarza Praw Człowieka Rady Europy, t. 3, publikacja projektu Transrespect versus Transphobis Worldwide (TvT), Lublin 2011.
19. Price Minter S.: Do transsexuals dream of gay rights? Getting real about transgender inclusion. W: Currah P., Juang R.M., Price Minter S. (eds.): Transgender rights, University of Minnesota Press, Minneapolis – London 2006: 141–170.
20. Rao D.: Gender identity discrimination is sex discrimination: Protecting transgender students from bullying and harassment using title IX, Wisconsin Journal of Law, Gender and Society, 2014; 28(3): 245–270.
21. Advocates for Children of New York: In harm's way: A survey of lesbian, gay, bisexual, and transgender students who speak about harassment and discrimination in New York City schools, Advocates for Children of New York, New York 2005.
22. Whittle S., Turner L., Al-Alami M.: Engendered penalties: Transgender and transsexual people's experiences of inequality and discrimination, The Equalities Review, London 2007.
23. Greytak E., Kosciw J.G., Diaz E.M.: Harsh realities: The experiences of transgender youth in our nation's schools, GLSEN, New York 2009.

24. Institute of Medicine: The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding, National Academies Press, Washington 2011.
25. METRO Youth Chances: Youth Chances summary of first findings: The experiences of LGBTQ young people in England, METRO, London 2014.
26. Graham P.: Transgender children and young people: How the evidence can point the way forward, BJPsych Bulletin, 2023; 47(2): 98–104. doi: 10.1192/bjb.2022.3.
27. Lathrop B., Cheney T., Hayman A.: Ethical decision-making in the dilemma of the intersex infant, Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 2014; 37(1): 25–38. doi: 10.3109/01460862.2013.855842.
28. Buchanan-Plaisance J.A.: Silencing, erasure, and stigma of sexual minority identity: Heteronormative bias in rural school climate. A dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree Doctor of Education, University of California, Los Angeles 2014. https://escholarship.org/uc/item/30v9q9wz [dostęp: 10.07.2026].
29. Human Rights Campaign: LGBTQ youth report 2018, Human Rights Campaign, [Washington] 2018.
30. Human Rights Campaign: Gender-expansive youth report 2018, Human Rights Campaign, [Washington] 2018.
31. Kaltiala-Heino R., Bergman H., Työläjärvi M., Frisén L.: Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives, Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 2018; 9: 31–41. doi: 10.2147/AHMT.S135432.
32. Dank M., Lachman P., Zweig J.M., Yahner J.: Dating violence experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth, Journal of Youth and Adolescence, 2014: 43(5): 846–857. doi: 10.1007/s10964-013-9975-8.
33. Mitchell M., Howarth Ch.: Trans research review, Equality and Human Rights Commission, Research report 27, NatCen, 2009.
34. Orr A., Baum J., Brown J., Gill E., Kahn E., Salem A.: Schools in transition: A guide for supporting transgender students in K-12 schools, Human Rights Campaign Foundation, Washington 2015.
35. Dolgin J.: Discriminating gender: Legal, medical, and social presumptions about transgender and intersex people, Southwestern University Law Review, 2017; 47(1): 61–114.
36. TransYouth Family Allies, 2019. http://www.imatyfa.org [dostęp: 10.07.2026].
37. Wiseman M., Davidson S.: Problems with binary gender discourse: Using context to promote flexibility and connection in gender identity, Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2012; 17(4): 528–537. doi: 10.1177/1359104511424991.
38. Riggs D.W., Bartholomaeus C.: Transgender young people's narratives of intimacy and sexual health: Implications for sexuality education, Sex Education, 2018; 18(4): 376–390. doi: 10.1080/14681811.2017.1355299.

14. Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z zaostrzeniem dny moczanowej

The role and tasks of the nurse in the care of a patient with an acute gout flare

Magdalena Kozimala[1, a], Paulina Kozimala[2, b], Alicja Kłos[1, c]

[1] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław
[2] Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski
Collegium Medicum, University of Rzeszów

[a] https://orcid.org/0009-0009-8450-0021
[b] https://orcid.org/0009-0001-0286-7690
[c] https://orcid.org/0000-0002-8180-4224

Abstrakt

Wstęp: W ostatnich latach wzrasta wiedza pacjentów na temat dny moczanowej. Do niedawna częściej używano terminu „podagra", który jednak nie jest precyzyjny, ponieważ odnosi się wyłącznie do zapalenia stawu w obrębie dużego palca u stopy. Czym zatem jest dna moczanowa? Jest to rodzaj zapalenia stawów spowodowany nadmiernym stężeniem kwasu moczowego we krwi, prowadzącym do odkładania się jego kryształków w stawach. Pacjenci odczuwają silny ból, ponieważ powstały stan zapalny wywołuje dyskomfort i bolesność.

Cel badań: Celem badań było ukazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z zaostrzeniem dny moczanowej.

Materiały i metody: Badania przeprowadzono w miejscu zamieszkania pacjenta. Obserwacją objęto zarówno chorego, jak i jego rodzinę. Zastosowano metodę kazuistyczną – studium indywidualnego przypadku. Do analizy wykorzystano następujące techniki badawcze: wywiad, obserwację, pomiar parametrów życiowych oraz analizę dokumentacji medycznej.

Wyniki badań: U pacjenta chorującego na dnę moczanową zidentyfikowano następujące problemy pielęgnacyjne: silny ból, obrzęk i zaczerwienienie w obrębie tkanek, nawracające epizody dny moczanowej oraz dyskomfort spowodowany obecnością guzków dnawych.

Wnioski: Postępowanie pielęgniarskie w przypadku pacjenta z zaostrzonym bólem w przebiegu dny moczanowej powinno być dostosowane do stopnia nasilenia bólu oraz obecności chorób współistniejących. Ważnym elementem leczenia jest edukacja pacjenta i jego rodziny, szczególnie w zakresie zaleceń dotyczących diety i zmiany stylu życia.

Słowa kluczowe: dna moczanowa, podagra, kwas moczowy, hiperurykemia, zapalenie stawów.

Abstract

Introduction: In recent years, gout has been gaining more awareness among patients. Until recently, the term "podagra" was more commonly used, though it is not entirely accurate, as it refers specifically to inflammation in the big toe joint. So, what is gout? It is a type of arthritis caused by an excessive concentration of uric acid in the blood, which leads to the formation of uric acid crystals that accumulate in the joints. Patients experience severe pain because the inflammation in the joints causes discomfort and pain.

Research objective: The aim of the study was to demonstrate the role of the nurse in the care of patients experiencing acute gout flare-ups.

Materials and methods: The study was conducted at the patient's home. Both the patient and their family were observed. A case study method was used – an individual case study. The following research techniques were employed: interview, observation, measurement of vital signs, and analysis of medical documentation.

Study results: The patient suffering from gout was found to have the following nursing problems: severe pain, swelling, and redness in connective tissue areas, recurrent episodes of gout, and discomfort caused by tophi.

Conclusions: Nursing management for a patient with acute pain in gout should be adjusted according to the severity of pain and the presence of comorbid conditions. Patient and family education plays a significant role in treatment, with recommendations focusing on diet and lifestyle changes.

Keywords: gout, podagra, uric acid, hyperuricemia, arthritis.

Wstęp

Dna moczanowa znana była już w czasach Hipokratesa. Chorobę tę niekiedy nazywano „chorobą królów" albo „chorobą ludzi bogatych", gdyż wiązano ją mylnie z nadmiernym spożyciem wina oraz tłustego jedzenia, na co mogli sobie pozwolić tylko zamożni. W historii chorowało na nią wielu królów, cesarzy, papieży, polityków, dowódców, artystów, pisarzy, filozofów oraz naukowców. O hiperurykemii wiedzieli, a także uznawali ją za jednostkę kliniczną już starożytni Egipcjanie. Z kolei Hipokrates opisał ostrą oraz charakterystyczną formę dny w postaci zajęcia przez nią dużych palców u stóp. Została ona przez niego sklasyfikowana jako nieuleczalna choroba. W swoich aforyzmach opisał on kilka spostrzeżeń dotyczących dny moczanowej. Wskazał, że artretyzm nie atakuje kobiet przed menopauzą, eunuchów, a także młodych mężczyzn przed rozpoczęciem współżycia. Zauważył również, że choroba ta atakuje głównie wiosną oraz jesienią, a stan zapalny dny moczanowej z reguły ustępuje w ciągu 40 dni.

Cel badań

Celem badań było ukazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z zaostrzeniem dny moczanowej.

Materiały i metody

Badania przeprowadzono w miejscu zamieszkania pacjenta. Obserwacją objęto zarówno chorego, jak i jego rodzinę. Zastosowano metodę kazuistyczną – studium indywidualnego przypadku. Do analizy wykorzystano następujące techniki badawcze: wywiad, obserwację, pomiar parametrów życiowych oraz analizę dokumentacji medycznej.

Prezentacja przypadku

Pacjent, lat 74, korzystający z usług lekarza rodzinnego w jednej z przychodni w Rzeszowie. Na podstawie objawów (ból, obrzęk, zaczerwienienia w obrębie stawów łokciowych oraz skokowych) oraz badań laboratoryjnych (OB: 24; kwas moczowy: 9,3 mg/dl; odczyn Waalera–Rosego: 1/160) po konsultacji reumatologicznej została rozpoznana u chorego dna moczanowa. Pacjent przyjmuje: Colchicum Dispert 0,5 mg 3 × 1 tabl., Milurit 100 mg 1 × 2 tabl., Nalgesin Forte 550 mg 1 × 1 tabl., Tertensif SR 1,5 mg 1 × 1 oraz Tulip 10 mg 1 × 1. Chory nie stosuje się do zaleconej diety ubogopurynowej, co jest najprawdopodobniej wynikiem deficytu wiedzy na temat dny moczanowej, spożywa okazjonalnie alkohol, ponadto BMI u pacjenta wynosi 30,35, co potęguje bezdechy senne.

Pacjent nie był hospitalizowany przy dużych nasileniach dolegliwości bólowych i obrzęku stawów, przebywał w warunkach domowych. Kilkakrotnie korzystał z zabiegów rehabilitacyjnych oraz fizjoterapeutycznych: masaży, elektrolecznictwa – jonoforezy oraz fango. Od momentu zachorowania w ciągu roku doświadcza średnio sześciu napadów dny moczanowej. Pacjent leczy się też na nadciśnienie tętnicze oraz hiperlipidemię. Mężczyzna nie przeprowadza systematycznie kontrolnych badań ciśnienia tętniczego. Ocenę bio-psycho-społeczną i biologiczny stan pacjenta przedstawiają tabele 1 i 2.

Tabela 1. Ocena bio-psycho-społeczna pacjenta

Dane personalne	Sytuacja zdrowotna pacjenta Stan ogólny	Historia choroby	Wywiad rodzinny	Wywiad środowiskowy
Pacjent X Płeć: mężczyzna. Wykształcenie: średnie. Aktywność zawodowa: monter sieci telekomunikacyjnych (na emeryturze). Stan cywilny: żonaty	Temperatura: 36,5°C. Tętno: 75 u/min. miarowe, napięcie prawidłowe. Oddechy: 18/min. Ciśnienie tętnicze: 140/90 mmHg. Masa ciała: 94 kg. Wzrost: 176 cm. BMI: 30,35 – I stopień otyłości	Rozpoznanie lekarskie: dna moczanowa. Choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze. Czynniki ryzyka choroby: otyłość I stopnia, niestosowanie się do zaleceń lekarza	Członkowie rodziny: żona i pięcioro dzieci. Choroby współistniejące w rodzinie: nadciśnienie, choroby serca, cukrzyca. Formy spędzania wolnego czasu: spacery, odpoczynek bierny. Nałogi w rodzinie: nie podaje. Sytuacja rodzinna: relacje rodzinne dobre. Stosunek do innych ludzi: prawidłowy	Miejsce zamieszkania: wieś. Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: dom jednorodzinny. Warunki mieszkaniowe: bardzo dobre

Źródło: badania własne.

Tabela 2. Stan biologiczny pacjenta

Skóra	Napięcie: prawidłowe Temperatura: 36,5°C Zabarwienie: bladoróżowe Wilgotność: sucha Stan higieniczny: prawidłowy
Układ krążenia	Tętno: 75 u/min – miarowe, dobrze wyczuwalne RR: 140/90 mmHg Obrzęki: brak Sinica: brak
Układ oddechowy	Liczba oddechów: 18/min Charakter oddechów: regularny, równomiernie głęboki Kaszel: brak Zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym: brak Duszność: napadowa, podczas dużego wysiłku
Układ pokarmowy	Uzębienie: ubytki Łaknienie: wzmożone Pragnienie: prawidłowe Sposób odżywiania: doustny Dieta: ubogopurynowa, niskokaloryczna Stolec: sporadyczne zaparcia
Układ moczowo-płciowy	Sposób wydalania moczu: fizjologiczny Kontrola wydalania moczu: prawidłowa

Układ kostno-stawowy	Postawa ciała: prawidłowa Poruszanie się: samodzielne, podczas napadu dny moczanowej ograniczone Zakres ruchu: pełny Napięcie mięśniowe: prawidłowe Sprzęt ortopedyczny stosowany przez pacjenta: brak Dolegliwości bólowe: okresowe, stopień nasilenia w skali VAS – 8 Charakter bólu: narastający, tępy, piekący
Układ nerwowy	Stan świadomości: w skali Glasgow – 15 pkt (w pełni świadomy) Mowa: prawidłowa Niedowłady/drżenia: brak

Źródło: badania własne.

Narządy zmysłów/układ endokrynologiczny:

Wzrok: zaburzony
Słuch: zaburzony
Smak: prawidłowy
Czucie: prawidłowe
Układ hormonalny: prawidłowy
Wyroby medyczne: okulary

Stan psychiczny i społeczny pacjenta:

Sen: zaburzony, przerywany
Nastrój: prawidłowy
Pamięć: prawidłowa
Myślenie: prawidłowe
Funkcje poznawcze: prawidłowe
Nastawienie do własnej sytuacji: obojętne

Stan wiedzy i umiejętności w zakresie samoopieki i samopielęgnacji:

Wiedza: prawidłowa
Umiejętności: wystarczające
Motywacja: dobra

Wydolność samoopieki/samopielęgnacji: w skali Barthel – 90/100 pkt, przy niewielkiej pomocy chory może funkcjonować samodzielnie; w skali Lawtona – 19 pkt, osoba sprawna

Natężenie odczuwalnego bólu: w skali VAS – 8/10 stopni

Proces pielęgnowania pacjenta z rozpoznaną dną moczanową

Problem pielęgnacyjny 1

Silny ból 8/10 w skali VAS, zaczerwienienie oraz obrzęk w obrębie stawów łokciowych oraz skokowych uniemożliwiający poruszanie się.

Cel:
Eliminowanie bólu i łagodzenie stanu zapalnego oraz obrzęku.

Planowanie:
1. Ocena bólu w skali VAS.
2. Ułożenie chorego w pozycji pozwalającej na unikanie zbędnych ruchów.
3. Zastosowanie zimnego okładu w celu złagodzenia odczuwanego przez pacjenta bólu.
4. Poinformowanie pacjenta o konieczności stosowania leczenia dietetycznego, którego podstawą są ograniczenie bądź wykluczenie produktów bogatych w puryny.
5. Podanie leków na zlecenie lekarza.
6. Poinformowanie pacjenta o konieczności ograniczenia bądź wyeliminowania czynników wyzwalających napad dny, takich jak spożywanie alkoholu, leków przeciwbólowych oraz leków moczopędnych.
7. Poinformowanie o konieczności przyjmowania większej ilości płynów – do 2 l dziennie.
8. Zabezpieczenie obrzękniętych tkanek wazeliną w celu ochrony przed maceracją naskórka [1].

Realizacja:
1. Za pomocą skali VAS oceniono ból.
2. Pacjent został ułożony w pozycji zmniejszającej ból, zastosowano również zimne, suche okłady na stawy.
3. Poinformowano pacjenta o konieczności zmniejszenia ruchomości w stawach objętych zapaleniem w okresach remisji, aby nie zaostrzać stanu zapalnego, a w okresach bezobjawowych – prowadzenia aktywności ruchowej w celu utrzymania jak najdłuższej sprawności stawów.
4. Chory został poinformowany o konieczności stosowania diety ubogopurynowej.
5. Leki zostały podane zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
6. Pacjenta poinformowano o konieczności ograniczenia lub wyeliminowania czynników wyzwalających napad dny, takich jak spożywanie alkoholu, leków moczopędnych oraz leków przeciwbólowych.
7. Zlecono pacjentowi przyjmowanie większej ilości płynów – co najmniej 2 l dziennie.
8. Zabezpieczono obrzęknięte tkanki wazeliną w celu ochrony naskórka.

Ocena:
Po zastosowaniu wyżej wymienionych działań przez okres dwóch dni pacjent zauważył poprawę oraz zmniejszenie odczuwanego bólu. Korzystając ze skali VAS, mężczyzna wskazał natężenie bólu 3/10.

Problem pielęgnacyjny 2

Często nawracające epizody dny moczanowej spowodowane nieprzestrzeganiem zaleceń dietetycznych.

Cel:
Wczesne wykrycie objawów wskazujących na napad. Zmniejszenie częstości nawrotów choroby.

Planowanie:
1. Zaplanowanie konsultacji z dietetykiem.
2. Zapoznanie pacjenta oraz rodziny z czynnikami mogącymi wywoływać napad dny moczanowej (np. bezdechy senne).
3. Poinformowanie o konieczności wizyty u pulmonologa.
4. Dostarczenie listy produktów o wysokiej zawartości puryn, które należy wykluczyć z diety (np. owoce morza, mięso).
5. Omówienie zalecanych i przeciwwskazanych technik przyrządzania potraw [1].

Realizacja:
1. Zaplanowano konsultacje z dietetykiem oraz pulmonologiem.
2. Pacjent wraz z rodziną został zapoznany z czynnikami mogącymi wywoływać napad dny.
3. Pacjentowi oraz rodzinie została dostarczona lista produktów o wysokiej zawartości puryn, które należy wykluczyć z diety.
4. Omówiono zalecane i przeciwwskazane techniki przyrządzania potraw.

Ocena:
Częstość napadów została zmniejszona, problem wymaga dalszej obserwacji.

Problem pielęgnacyjny 3

Deficyt wiedzy w zakresie samoopieki i samopielęgnacji podczas zaostrzenia dny moczanowej.

Cel:
Przywrócenie samodzielności pacjenta.

Planowanie:
1. Monitorowanie objawów zapalenia.
2. Udział w farmakoterapii.
3. Przygotowanie pacjenta do samodzielności w sytuacji zaostrzenia choroby.
4. Wspieranie chorego, udzielanie mu pomocy i odnoszenie się do niego ze zrozumieniem przy wykonywaniu codziennych czynności [2].

Realizacja:

1. Oceniono zakres potrzebnej pomocy i udzielono jej.
2. Podczas podjętych przez pacjenta prób wykonywania czynności samodzielnie okazano cierpliwość oraz wyrozumiałość.
3. Sporządzono z pacjentem plan dnia.
4. Zastosowano farmakoterapię zleconą przez lekarza.

Ocena:

Podczas ataku dny moczanowej pacjent podjął próby wykonywania czynności dnia codziennego, które się nie powiodły, gdyż ból okazał się zbyt silny. Chory pozostał w łóżku do momentu ustąpienia bólu.

Problem pielęgnacyjny 4

Otyłość spowodowana wysokokaloryczną dietą.

Cel:

Obniżenie masy ciała oraz zmniejszenie powikłań wynikających z otyłości.

Planowanie:

1. Zastosowanie diety ubogoenergetycznej oraz ubogopurynowej.
2. Ograniczenie spożywania tłuszczów, a także węglowodanów.
3. Zwiększenie aktywności fizycznej poprzez spacery i ćwiczenia.
4. Regularne spożywanie posiłków, często oraz w małych ilościach (4–5 posiłków dziennie).
5. Spożywanie płynów – co najmniej 2 l dziennie.
6. Zastosowanie działań psychoterapeutycznych [3].

Realizacja:

1. Zastosowano dietę ubogoenergetyczną oraz ubogopurynową. Celem diety ubogiej energetycznie jest zredukowanie masy ciała, natomiast cel diety ubogopurynowej stanowi zmniejszenie ilości puryn w organizmie.
2. Przyjmowanie 4–5 posiłków dziennie pozwala na regularne dostarczanie organizmowi składników odżywczych odpowiednio do zapotrzebowania, co zapobiega odkładaniu się tłuszczu.
3. Zwiększenie aktywności fizycznej (np. spacer) powoduje szybszą utratę energii, eliminuje zaburzenia metaboliczne, zmniejsza wydzielanie insuliny, a także zapobiega obniżeniu przemiany materii po redukcji masy ciała oraz efektowi jo-jo.
4. Pacjent spożywa więcej płynów.

Ocena:

Wprowadzenie diety ubogoenergetycznej się nie powiodło. Pacjent nie wykazał wystarczająco dużo zaangażowania, często podjadał między posiłkami oraz nie podejmował próby samodzielnego przygotowywania posiłków. Pacjent wymaga więcej motywacji oraz wsparcia ze strony otoczenia.

Problem pielęgnacyjny 5

Deficyt wiedzy na temat choroby.

Cel:
Edukacja pacjenta na temat choroby.

Planowanie:

1. Edukacja na temat diety ubogopurynowej.
2. Dostosowanie wysiłku fizycznego do stanu zdrowia pacjenta.
3. Zgłaszanie się na wizyty kontrolne do lekarza.
4. Umiejętność rozpoznawania objawów zaostrzeń choroby.
5. Wykonywanie badań profilaktycznych na zlecenie lekarza.
6. Wykonywanie ćwiczeń biernych i czynnych.
7. Informowanie pacjenta o konieczności unikania gwałtownych ruchów, szybkiego wstawania/siadania.
8. Udokumentowanie działań pielęgniarskich w karcie pacjenta [4].

Realizacja:

1. Pacjent został wyedukowany na temat diety, jaką ma stosować.
2. Dostosowano odpowiednio wysiłek do stanu zdrowia chorego.
3. Pacjent zgłasza się na wizyty kontrolne.
4. Pacjent umie rozpoznać objawy świadczące o zaostrzeniu choroby.
5. Pacjent wykonuje badania zlecone przez lekarza.
6. Pacjent wykonuje ćwiczenia bierne i czynne.
7. Pacjent unika gwałtownych ruchów oraz szybkiego/siadania.
8. Działania pielęgniarskie udokumentowano w karcie pacjenta.

Ocena:
Cel został osiągnięty, pacjent ma odpowiednią wiedzę na temat swojej choroby.

Problem pielęgnacyjny 6

Ryzyko powstania powikłań sercowo-naczyniowych na skutek podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego oraz nieregularnych pomiarów.

Cel:
Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań.

Planowanie:

1. Podejmowanie przez pacjenta umiarkowanej aktywności fizycznej dostosowanej do jego możliwości.
2. Redukcja masy ciała chorego.
3. Stosowanie diety z ograniczeniem soli oraz większą ilością warzyw i owoców.
4. Codzienne wykonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego krwi.

5. Edukacja w zakresie farmakoterapii epizodów nadciśnienia tętniczego.
6. Edukacja na temat niefarmakologicznych sposobów redukcji stężenia kwasu moczowego we krwi, w tym odpowiedniej diety (podawanie leków zleconych przez lekarza, spożywanie ilości soli nie większej niż 5 g na dzień, włączenie do diety większej ilości warzyw i owoców, ograniczenie puryn) [4].

Realizacja:

1. Dostosowano odpowiednio wysiłek do stanu zdrowia pacjenta.
2. Poinformowano chorego o konieczności obniżenia masy ciała.
3. Pacjent stara się racjonalnie odżywiać.
4. Pacjent codziennie wykonuje pomiary ciśnienia tętniczego.
5. Pacjent posiadł wiedzę w zakresie farmakologicznych oraz niefarmakologicznych metod zwalczania nadciśnienia tętniczego.

Ocena:

Wartości ciśnienia tętniczego się unormowały.

Wnioski

1. Pielęgniarka powinna przygotować pacjenta do samokontroli oraz samoopieki.
2. Pacjent musi być świadomy, że nadmierne spożycie alkoholu, mięsa, owoców morza, a także napojów słodzonych cukrem może zwiększać stężenie moczanów w surowicy.
3. Należy zalecić pacjentowi odpowiednie nawodnienie i zmniejszenie masy ciała.
4. Należy rozpoznawać towarzyszące dnie czynniki ryzyka chorób układu krążenia, omówić je z pacjentem i nauczyć go, jak ich unikać.

Podsumowanie

Dna moczanowa to obecnie jedna z najpowszechniejszych chorób zapalnych stawów u mężczyzn w krajach rozwiniętych. Zapalenie spowodowane jest odkładaniem się kryształów moczanu sodu w płynie stawowym oraz okolicznych tkankach, jak również w tkance podskórnej. Dna moczanowa stanowi zaburzenie metabolizmu kwasu moczowego, a jej rozwój poprzedza okres podwyższenia poziomu kwasu moczowego we krwi. Częstość występowania dny moczanowej zależy od płci, wieku oraz rasy i osiąga maksimum u osób w wieku 80 lat lub starszych (do 10% wśród mężczyzn i 6% wśród kobiet) [5]. Podwyższony poziom kwasu moczowego daje się również zaobserwować po niektórych przebytych zabiegach. Terapie onkologiczne powodują rozpad komórek oraz uwolnienie puryn, które pochodzą z DNA [6]. Tiazydowe leki moczopędne, takie jak bendrofluazyd, który stosowany jest w leczeniu nadciśnienia tętniczego, mogą podwyższać poziom kwasu moczowego we krwi. Tendencję wzrostową ma szkodliwe działanie metali występujących w środowisku, zwłaszcza w populacjach, które są narażone na wpływ zanieczyszczeń

pochodzących z zakładów przemysłowych, a także z benzyn i spalin. Pod uwagę należy brać interakcje metali dostających się do organizmu wraz z powietrzem, żywnością oraz wodą. Na podstawie badań przeprowadzonych u ludzi wykazano, że zatrucie ołowiem może uszkodzić nerki, co skutkuje wystąpieniem objawów dny. Kolejnym czynnikiem ryzyka jest hiperlipidemia, czyli podwyższone stężenie cholesterolu LDL i trójglicerydów, niskie stężenie cholesterolu HDL. Podczas przebiegu dny moczanowej zmiany w układzie krążenia są spowodowane odkładaniem się moczanów w obrębie mięśnia oraz zastawek serca. Występują oporne na leczenie lekami przeciwarytmicznymi zaburzenia rytmu serca, które można opanować lekami mającymi zastosowanie w leczeniu dny. W pojedynczych przypadkach zaobserwowano również zapalenie osierdzia. Kolejnym czynnikiem ryzyka jest otyłość, zazwyczaj spowodowana niewłaściwymi nawykami żywieniowymi, często nabytymi już w domu rodzinnym. Zbyt długie przerwy pomiędzy posiłkami powodują znaczne wyczerpywanie rezerw energetycznych organizmu, co objawia się zmęczeniem, znużeniem, ospałością oraz zmniejszoną zdolnością do koncentracji uwagi. Wynika z tego, że właściwe rozłożenie posiłków w ciągu dnia ma duże znacznie dla zdrowia oraz wydolności umysłowej [7]. Występujący w ostatnich 20 latach znaczny wzrost zachorowalności na dnę moczanową jest silnie powiązany ze wzrostem występowania otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego oraz chorób sercowo-naczyniowych [8]. Do czynników ryzyka dny moczanowej zalicza się także nadużywanie alkoholu. Alkohol – jak również jego główny metabolit, aldehyd octowy – ma szkodliwe działanie na niemal wszystkie tkanki oraz narządy, gdyż wchodzi w bezpośrednie reakcje ze związkami fizjologicznymi w organizmie. Pośrednie działanie alkoholu polega na silnym wpływie na homeostazę ustroju poprzez wpływ na układy wegetatywny, odpornościowy, endokrynny, gospodarkę wodno-elektrolitową, a także na wchłanianie niezbędnych składników odżywczych. Ponadto alkohol nie zawiera witamin, składników mineralnych ani innych składników odżywczych. Ma działanie moczopędne, tak więc odwadnia organizm. Działanie toksyczne alkoholu etylowego oraz produktów jego przemiany powoduje zmiany chorobowe w układzie moczowym, wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi oraz związane z tym objawy dny moczanowej [7].

Objawami dny moczanowej są nawracające ataki bólu stawów, przeważnie tych u podstawy dużego palca u stopy. W przebiegu dny moczanowej proces zapalny może obejmować również staw skokowy, kolanowy lub nadgarstkowy. Pierwszymi objawami dny moczanowej są ból, podwyższona temperatura w obszarze chorego stawu oraz zaczerwienienie skóry. Dna moczanowa zwykle rozwija się kilkanaście lat, o czym świadczy jedynie podwyższone stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi, czyli hiperurykemia. Pierwszy etap dny moczanowej przebiega bezobjawowo. Jeśli w stawie rozwinie się stan zapalny, to pojawia się ból. W obrazie klinicznym dny moczanowej pierwotnej wyróżnić można trzy fazy rozwoju tej choroby:

1. Stadium bezobjawowej hiperurykemii – może ona trwać od dzieciństwa u ludzi z defektami enzymatycznymi purynogenezy albo pojawić się w okresie dojrzewania.

2. Stadium pojawiania się ostrych napadów dny – charakteryzuje się bardzo silnym bólem oraz obrzękiem zajętego stawu. Ostre napady dny moczanowej wywołują silny ból oraz obrzęk, a ich nazwa zależy od tego, w jakim miejscu i w którym stawie rozwinął się stan zapalny:
   – podagra – zajęcie stawu śródstopno-paliczkowego palucha;
   – chiragra – zajęcie stawów rąk, to jest kciuka, nadgarstka, łokcia;
   – omagra – zajęcie stawu barkowego;
   – gonagra – zajęcie stawu kolanowego;
   – rachidagra – zajęcie stawów kręgosłupa.
3. Faza zmian destrukcyjnych w stawach, nerkach, częściach miękkich ucha, pięty, palucha – objawia się wystąpieniem guzków dnawych. Czynnikami wyzwalającymi napad dny moczanowej są: stres fizyczny albo psychiczny, spożywanie produktów z dużą zawartością związków purynowych, a także nadużywanie alkoholu. Dna może występować wtórnie przy bezdechu sennym z powodu wydzielania puryn przez pozbawione tlenu komórki. Napad dny najczęściej pojawia się w nocy. W trakcie napadu występują ostry stan zapalny stawu, a także obrzęk oraz zaczerwienienie, a skóra nad zajętym stawem staje się lśniąca i napięta. Objawom zapalenia stawu mogą towarzyszyć dreszcze, gorączka oraz uczucie ogólnego rozbicia. Silny ból oraz bolesność dotykowa stawu są głównym objawem. W niektórych przypadkach napad poprzedzony jest złym samopoczuciem, zwiększoną pobudliwością nerwową, trwającą kilka godzin lub dni. Nieleczony napad dny trwa od 10 dni do 3 tygodni oraz wygasa samoistnie [9, 10]. Początkowo napady dny pojawiają się bardzo rzadko, co 1–2 lata, później są coraz częstsze. Pierwszy napad zwykle obejmuje jeden staw. Z biegiem czasu – jeżeli nie było interwencji lekarza i dietetyka, czyli nie dokonano zmian w dotychczasowym sposobie żywienia oraz stylu życia – napady dny występują w coraz krótszych odstępach, dłużej trwają oraz obejmują coraz więcej stawów.

Z czasem nieleczona dna moczanowa może się przeobrazić w dnę przewlekłą. W tej fazie odkładające się kryształki moczanu sodu mogą powodować nieodwracalne zniszczenia chrząstek oraz nasad kostnych, a także uszkodzenia ścięgien i więzadeł. Do powstawania tzw. guzków dnawych przyczyniają się złogi kryształów. Guzki dnawe pojawiają się na małżowinach usznych, w torebkach stawowych, a także w tkankach okołostawowych. Złogi kryształów mogą też tworzyć kamienie w nerkach i być przyczyną upośledzenia ich funkcjonowania. Przewlekłe zapalenie wielostawowe rozwija się najczęściej po 5–10 latach od pierwszego napadu dny moczanowej [11].

Bibliografia

1. Jurkowska G., Łagoda K. (red.): Pielęgniarstwo internistyczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
2. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Krajewska-Kułak E., Wrońska I. (red.): Repetytorium z pielęgniarstwa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
3. Kózka M., Płaszewska-Żywlo L. (red.): Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
4. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. (red.): Pielęgniarstwo internistyczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
5. Ragab G., Elshahaly M., Bardin T.: Gout: An old disease in new perspective – A review, Journal of Advanced Research, 2017; 8(5): 495–511. doi: 10.1016/j.jare.2017.04.008, PubMed: 28748116.
6. Bird H., Green C., Hamer A. i wsp.: Choroby zapalne stawów, Wydawnictwo Solis, Warszawa 2007: 23.
7. Pachocka L., Jarosz M.: Dna moczanowa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
8. Zhang W., Doherty M., Pascual E. i wsp.: EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT), Annals of the Rheumatic Diseases, 2006; 65(10): 1301–1311. doi: 10.1136/ard.2006.055251.
9. Włodarek D., Lange E., Kozłowska L., Głąbska D.: Dietoterapia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
10. Schlesinger N.: Diagnosing and treating gout: A review to aid primary care physicians, Postgraduate Medicine, 2010; 122(2): 157–161. doi: 10.3810/pgm.2010.03.2133.
11. Zimmermann-Górska I.: Choroby reumatyczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

15. Zaburzenia odżywiania wśród pacjentów po 65. roku życia objętych opieką długoterminową – przegląd literatury

Eating disorders among patients over 65 years of age in long-term care – a literature review

Katarzyna Tomaszewska[1, a], Bożena Majchrowicz[2, b]

[1] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław
[2] Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu
Institute of Health Protection, State Academy of Applied Sciences in Przemyśl

[a] https://orcid.org/0000-0002-2129-9107
[b] https://orcid.org/0000-0003-3202-1407

Abstrakt

Wstęp: Odżywianie jest ważnym elementem zdrowia osób starszych i wpływa na cały proces starzenia, który obejmuje zmiany stanu fizjologicznego, chorobowe, a także zmiany w wymiarach społecznym i psychologicznym. Zaburzenia odżywiania stanowią grupę złożonych i przewlekłych chorób psychosomatycznych. Często wynikają z nieprawidłowych zachowań żywieniowych, które prowadzą do znacznej zachorowalności i śmiertelności.

Cel pracy: Przedstawienie zaburzeń w odżywianiu, które mogą wystąpić u osób po 65. roku życia objętych opieką długoterminową.

Materiał i metody: W niniejszym artykule dokonano przeglądu piśmiennictwa oraz przeprowadzono wyszukiwanie ręczne w bazach polskich i zagranicznych czasopism naukowych poruszających problem zaburzeń odżywiania u osób starszych. Jako wytyczne zastosowano zestaw słów kluczowych: odżywianie, zaburzenia odżywiania, osoby starsze, opieka długoterminowa oraz czas publikacji. W pracy wykorzystano ilościową technikę analizy dokumentów.

Wyniki i wnioski: Zaburzenia odżywiania są bardzo powszechnym problemem wśród seniorów i stanowią znaczne obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej i społecznej. Osoby starsze są narażone na niedożywienie z powodu związanych z wiekiem zmian fizjologicznych, ograniczonego dostępu do wartościowego pożywienia i chorób współistniejących. Wytyczne kliniczne zalecają rutynowe badania przesiewowe w kierunku niedożywienia u wszystkich osób starszych, wraz z oceną stanu odżywienia i indywidualnie dostosowanym wsparciem żywieniowym dla seniorów z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego.

Słowa kluczowe: odżywianie, zaburzenia odżywiania, osoby starsze, opieka długoterminowa.

Abstract

Introduction: Nutrition is an important element of the health of the elderly and affects the entire aging process, which includes changes in the physiological, pathological, social and psychological state of a person. Eating disorders are a group of complex and chronic psychosomatic diseases. They often result from incorrect eating behaviors, which lead to significant morbidity and mortality.

Aim of the study: To present eating disorders that may occur in people over 65 years of age in long-term care.

Material and methods: This article reviews, the literature and conducts a manual search in databases of Polish and foreign scientific journals addressing the problem of eating disorders in the elderly. A set of key words was used as guidelines: nutrition, eating disorders, elderly people, long-term care and time of publication. The work uses a quantitative document analysis technique.

Results and conclusions: Eating disorders are a very common problem in the elderly and constitute a significant burden for health and social care systems. Older people are at risk of malnutrition due to age-related physiological deterioration, limited access to nutritious food and comorbidities. Clinical guidelines recommend routine screening for malnutrition in all older adults, with assessment of nutritional status and individually tailored nutritional support for older adults with a positive screening result.

Keywords: nutrition, eating disorders, older adults, long-term care.

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia uznała zdrowe starzenie się za priorytet swojej pracy nad starzeniem się w latach 2016–2030 i opracowała ramy polityki, które podkreślają potrzebę działań w wielu sektorach. Celem programu jest umożliwienie osobom starszym rozwijania i utrzymywania zdolności funkcjonalnych, które zapewniają dobre samopoczucie i pozwalają im uczestniczyć w życiu społecznym. Osoby starsze (w wieku 65 lat i więcej) stanowią najszybciej rozwijającą się grupę wiekową, a prognozy Organizacji Narodów Zjednoczonych przewidują, że do 2050 roku liczba osób dorosłych w wieku 65 lat i starszych będzie dwukrotnie większa niż liczba dzieci poniżej 5. roku życia, a także przewyższy liczbę nastolatków w wieku od 15 do 24 lat. W 2050 roku oczekuje się, że poprawa przeżywalności wydłuży oczekiwaną długość życia przy urodzeniu dla populacji świata, która w 2019 roku wynosiła 72,6 roku [1].

Zaburzenia odżywiania stanowią grupę złożonych i przewlekłych chorób, mających zarówno cechy psychologiczne, jak i medyczne. Często wynikają z nieprawidłowych zachowań żywieniowych, które prowadzą do znacznej zachorowalności i śmiertelności [2, 3].

Na sposób odżywiania osób w podeszłym wieku ma wpływ wiele różnych czynników. Najbardziej znaczące to nawyki żywieniowe, tryb życia prowadzony w przeszłości oraz środowisko, w którym obecnie żyje senior. Samotność, ograniczona

ilość środków finansowych i brak wiedzy dotyczącej odżywiania utrudniają prawidłowy dobór produktów żywnościowych. Zmiana sposobu odżywiania w podeszłym wieku może też wynikać ze zmian fizjologicznych zachodzących w organizmie starszej osoby [4].

Starzenie się jest związane z narastającym ryzykiem niedożywienia z różnych powodów, które często nakładają się na proces fizjologicznego spadku wielu funkcji organizmu. Przyczyną zmniejszenia apetytu mogą być pogorszony lub zaburzony zmysł smaku oraz osłabienie lub brak węchu. U seniorów często spotyka się zły stan jamy ustnej i uzębienia, który powoduje problemy z żuciem i nawracające infekcje dróg oddechowych. U osób starszych zmniejszają się wydzielanie kwasu solnego, a także wchłanianie witaminy B12 i Fe, często z powodu nadużywania inhibitorów pompy protonowej. Pogorszenie sprawności wzrokowej i ruchowej utrudnia samodzielne przyrządzanie posiłków i jest przyczyną monotonnej diety, szczególnie u osób samotnych. Dodatkowo obniża się wrażliwość ośrodka pragnienia, co może prowadzić do odwodnienia. Spowolniony metabolizm wątrobowy zwiększa ryzyko reakcji toksycznych na leki w niej metabolizowane nawet przy terapeutycznych dawkach i może być przyczyną niejasnego pogorszenia samopoczucia, zespołu słabości czy spowolnienia psychoruchowego. Innymi przyczynami złego stanu odżywienia mogą być wielochorobowość i polipragmazja oraz narastające problemy socjalne – samotność i ubóstwo [5].

Patofizjologia procesu starzenia się

Starzenie się fizjologiczne jest to proces postępujących, regresywnych i nieodwracalnych zmian w tkankach i narządach organizmu, zdeterminowanych przez czynniki genetyczne i modyfikowanych przez współistniejące choroby, styl życia oraz czynniki środowiskowe. Starzenie się jako proces należy rozważać na płaszczyznach biologicznej, psychologicznej i społeczno-socjalnej. Na płaszczyźnie biologicznej w procesie fizjologicznego starzenia się dochodzi do zmian fizykochemicznych w komórkach pod postacią atrofii, degeneracji czy m.in. apoptozy [6]. Obniża się funkcja komórek odpornościowych, w strukturze międzykomórkowej następuje spadek poziomu kolagenu, co powoduje utratę sprężystości tkanek, narasta skłonność do chorób zapalnych, degeneracyjnych. W miarę postępu procesu starzenia się pogarszają się sprawność fizyczna i mobilność osoby starszej [7].

Starzenie się jest procesem fizjologicznym, który pojawia się wraz z wiekiem. Charakteryzuje się stałym zmniejszaniem się aktywności biologicznej organizmu oraz mniejszą zdolnością do regeneracji i przystosowywania się do nowych warunków. O szybkości starzenia się decyduje w dużej mierze czynnik genetyczny, ale wpływają na nią także czynniki zewnętrzne, takie jak: stres, przebyte choroby, niewłaściwe odżywianie, miejsce zamieszkania. Ten proces przyspieszają ponadto: palenie papierosów, częste choroby czy też praca w szkodliwych warunkach. Z kolei pogodne podejście do życia, satysfakcja z pracy i z rodziny, aktywny tryb życia i zdrowe odżywianie potrafią znacznie opóźnić proces starzenia się i uczynić tę część życia bardziej radosną [3].

Z badań naukowych przeprowadzonych w różnych krajach europejskich, również w Polsce, wynika, że zdrowie zależy w 16% od czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, w 21% od czynników środowiskowych, w 10% od opieki medycznej i aż w 53% od stylu życia. Z tego powodu tak istotny jest aktywny tryb życia. Liczne badania wykazały, że czynnikiem bardzo niekorzystnym, prowadzącym do wielu chorób i mocno przyspieszającym proces starzenia się jest stres. Przewlekły stres powoduje wyczerpanie organizmu, obniżenie ogólnej odporności, przyczynia się do powstawania nadżerek czy owrzodzeń błony śluzowej żołądka. Prowadzi też do zaburzeń w funkcjonowaniu ustroju. Negatywne działanie stresu u ludzi starszych nasila się szczególnie po stracie bliskiej osoby [8].

Dużą rolę w utrzymywaniu dobrego stanu zdrowia odgrywa właściwe odżywianie się. Obecnie większość chorób powstaje częściej z powodu przejadania się niż niedożywienia. U ludzi starszych wydatek energetyczny jest coraz mniejszy, więc jeżeli podaż pokarmu się nie zmienia, powstaje otyłość. Główne czynniki powodujące otyłość to mała aktywność fizyczna oraz dieta bogata w tłuszcze. Są to także główne przyczyny cukrzycy II stopnia, choroby nadciśnieniowej oraz miażdżycy [9].

Wiek podeszły wiąże się z licznymi zmianami, w tym z postępującą utratą zdolności adaptacyjnych oraz zmniejszeniem możliwości przystosowania organizmu do zmian zachodzących wraz z procesem starzenia. Dotyczy to również utrwalonych nawyków żywieniowych, które często wymagają modyfikacji. Zdrowe żywienie chroni przed chorobami i wpływa korzystnie na wydolność fizyczną i psychiczną. Podejmowanie tego tematu niejednokrotnie uświadamia seniorom, że często nie zastanawiają się nad zaleceniami żywieniowymi, a wiedzę na temat odżywiania czerpią z telewizji albo czasopism. Informacje żywieniowe powinny być kierowane do osób starszych i do opiekunów oraz członków rodzin przygotowujących posiłki, by zadbali o ilościową oraz jakościową ich wartość. W organizmie każdego człowieka zachodzi proces inwolucyjny i jest to proces fizjologiczny, naturalny, genetycznie zaprogramowany, jednakże niesprawność ogranicza autonomię seniorów i prowadzi do zależności od drugiej osoby [10].

Odpowiednia dieta, która pozwoli uniknąć chorób cywilizacyjnych, a także aktywność fizyczna pomagają zestarzeć się „zdrowo", przy pełnej sprawności fizycznej i umysłowej, bez współistniejących chorób. Wraz z wiekiem procesy kataboliczne zaczynają przeważać nad anabolicznymi, dlatego też organizm nie zawsze jest w stanie się zregenerować tak, by nie doszło do zmian w tkankach i narządach [11]. Występuje ścisły związek między chorobami układu pokarmowego a stanem odżywienia osób starszych. Utrata apetytu spowodowana chorobą, lekami czy zanikiem kubków smakowych może być jedną z przyczyn niedożywienia. Zanik, zwłóknienie i złuszczenie ślinianek prowadzą do zmniejszenia ilości wydzielanej śliny, której zadaniem są nawilżanie, odkażanie i wstępne trawienie przez enzym zwany ptialiną (rozkłada ona wielocukry na cukry proste) [12]. Niedobory żywieniowe są także konsekwencją unikania pokarmów ze względu na złe samopoczucie.

Zasady racjonalnego odżywiania się osób starszych

Pożywienie osoby starszej powinno być urozmaicone, zawierać niezbędne składniki odżywcze, witaminy, mikroelementy, pokrywać zapotrzebowanie kaloryczne odpowiednie do wieku i wysiłku fizycznego. W 60. roku życia średnie zapotrzebowanie energetyczne dla kobiet wynosi 2100 kcal/d., a dla mężczyzn – 2450 kcal/d. (przy umiarkowanej aktywności fizycznej), natomiast później zmniejsza się ono o około 30%. Białka w pożywieniu powinny stanowić 10–15% całkowitej energii diety, tłuszcze – 25–30% całkowitej ilości energii, węglowodany – 55–75%, w tym cukry proste (dżemy, miód, wyroby cukiernicze) – 15–25%, a cukry dodane (cukier, słodzik) – poniżej 10%. Każdy posiłek powinien zawierać warzywa i owoce. Codziennie należy spożywać mleko i przetwory mleczne (1 szklanka mleka i 1 szklanka mleka fermentowanego, w postaci jogurtu, zsiadłego mleka, kefiru, maślanki), aby dostarczyć organizmowi białka i wapnia. Mięso należy spożywać 2–3 razy w tygodniu w umiarkowanych ilościach, a co najmniej 2 razy w tygodniu jeść ryby – najlepiej morskie, zawierające witaminę D. Ograniczać należy tłuszcze zwierzęce, zamieniając je na oleje i oliwę, które zawierają tłuszcze nienasycone. Pieczywo powinno być mieszane. Gruboziarniste pieczywo i otręby zawierają witaminy z grupy B, ponadto pomagają w pasażu treści jelitowej. Należy spożywać jak najmniej cukru i słodyczy, które powodują nadwagę, zaparcia stolca, zakwaszają środowisko jamy ustnej, co zwiększa ryzyko próchnicy i zapalenia przyzębia. Należy zmniejszyć o około 10% podaż soli do potraw i starać się spożywać produkty świeże, nieprzetworzone. Powinno się wybierać produkty bogate w witaminę D, która wpływa na wiele układów i funkcji całego organizmu. Niedobór witaminy D ma znaczenie w rozwoju nowotworów (raka prostaty, sutka, jelita), a także w chorobach serca, cukrzycy typu 1, w chorobach psychicznych [13].

Zaburzenia odżywiania u osób starszych

Powszechnie wiadomo, jak duże znaczenie dla ludzi ma odżywianie. Prawidłowe odżywianie stanowi jedną z podstaw w promocji zdrowia, szczególnie u osób dojrzałych, w przypadku których dbałość o komplementarne dostarczenie organizmowi niezbędnych składników odżywczych jest kluczowa. Proces starzenia się ludzi wpływa na motorykę oraz jakość ich życia; odpowiednie odżywianie staje się istotnym jego elementem. Etapy starzenia się organizmu oraz występowanie chorób towarzyszących pozwalają określić, co jest właściwe, a co szkodliwe dla organizmu człowieka. W starszym wieku groźny staje się zarówno niedobór, jak i nadmiar makro- i mikroskładników. Zmieniają się potrzeba suplementacji mikroelementów oraz witamin, a także zapotrzebowanie na energię. Na przestrzeni ostatnich lat w wielu krajach zachodnich nastąpił znaczący wzrost liczby zachorowań związanych bezpośrednio z zaburzeniami odżywiania. Często przyczyną powstawania tego typu zaburzeń są zmiany społeczno-kulturowe oraz psychologiczne.

Zaburzenia odżywiania, czyli nieprawidłowości w zachowaniu odnośnie do traktowania pożywienia, dotykają dużą grupę chorób. Są również najczęstszym

z powodów gorszej jakości życia, depresji, osłabienia, zmniejszenia aktywności życiowej i zaburzeń funkcji poznawczych. W badaniu PolSenior złym stanem odżywienia charakteryzowało się 44% osób w wieku 65 lat i starszych. Niedożywienie często poprzedzone jest stanem określanym jako „ryzyko niedożywienia", który przebiega w sposób utajony, nie dając swoistych objawów klinicznych. Fakt ten istotnie utrudnia wiarygodne oszacowanie rozmiarów zjawiska. Dane te stanowią ogromne wyzwanie dla całego systemu ochrony zdrowia, głównie dla uczestników interdyscyplinarnych zespołów geriatrycznych [13].

Historycznie rzecz biorąc, osoby starsze wykazujące zaburzenia odżywiania otrzymywały diagnozę zaburzeń odżywiania nieokreślonych inaczej – kategorii zarezerwowanej dla osób, które nie spełniają wszystkich kryteriów żadnego konkretnego zaburzenia odżywiania. W związku z tym starsza kobieta prezentująca nieprawidłowe nawyki żywieniowe, dążąca do utraty lub kontroli masy ciała oraz charakteryzująca się niskim wskaźnikiem masy ciała (BMI), zgodnie z wcześniejszymi wersjami klasyfikacji DSM zostałaby zakwalifikowana do kategorii **zaburzeń odżywiania nieokreślonych inaczej** (*eating disorder not otherwise specified* – EDNOS), a nie do rozpoznania jadłowstrętu psychicznego. Mimo że EDNOS stanowiło najczęściej rozpoznawany podtyp zaburzeń odżywiania w populacji osób dorosłych, liczba badań poświęconych tej kategorii pozostawała stosunkowo niewielka. Prawdopodobnie przyczyniło się to do dalszych problemów w szacowaniu rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania u osób starszych w społeczności. W populacji seniorów możliwe byłoby błędne zdiagnozowanie zaburzeń odżywiania jako problemu medycznego lub konsekwencji problemu organicznego. Innym czynnikiem komplikującym identyfikację może być to, że dorośli są bardziej biegli w maskowaniu swojej choroby niż ludzie młodsi [14].

Zmiany w zachowaniach żywieniowych, wadze i zdrowiu psychicznym seniorów mogą być związane z cierpieniem psychicznym i wskazywać na obecność diagnozowalnego zaburzenia odżywiania, a nie „anoreksji wieku starczego". Zaburzenia odżywiania u osób starszych mogą być pomijane, ponieważ przyjmuje się, że objawy i symptomy są częścią normalnego starzenia się [15]. Osoby starsze często nie przyjmują ilości pożywienia wystarczającej do tego, aby zaspokoić swoje podstawowe zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze. Anoreksja wieku starczego, definiowana jako spadek apetytu i/lub spożycia pokarmu w podeszłym wieku, jest głównym czynnikiem przyczyniającym się do niedożywienia i niekorzystnych wyników zdrowotnych w populacji geriatrycznej. Zaburzenie to jest rzeczywiście bardzo rozpowszechnione i uznaje się je za niezależny predyktor zachorowalności i śmiertelności w różnych warunkach klinicznych. Chociaż anoreksja nie jest nieuniknioną konsekwencją starzenia się, postępujący wiek często stwarza warunki do jej rozwoju poprzez różne mechanizmy. Zmiany w stylu życia związane z wiekiem, stany chorobowe, a także czynniki społeczne i środowiskowe mogą bezpośrednio wpływać na zachowania żywieniowe i stan odżywienia.

Pomimo ich znaczenia problemy związane z przyjmowaniem pokarmu i, ogólniej, stanem odżywienia są rzadko uwzględniane w praktyce klinicznej. Specyficzne

schorzenia występujące u osób starszych, takie jak choroby przewodu pokarmowego, zespoły złego wchłaniania, ostre i przewlekłe infekcje oraz hipermetabolizm (np. nadczynność tarczycy), często powodują anoreksję i niedobory mikroelementów w obliczu zwiększonego zapotrzebowania na energię. Ponadto osoby starsze często cierpią na choroby, które modyfikują apetyt i powodują złe wchłanianie lub zwiększony metabolizm. Na przykład zastoinowa niewydolność serca (*congestive heart failure* – CHF), przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) i choroba Parkinsona są często związane zarówno z anoreksją, jak i zwiększonym wydatkiem energetycznym [16].

Depresja należy do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych u osób starszych i stanowi jeden z istotnych czynników ryzyka pogorszenia stanu odżywienia. Zaburzeniu temu często towarzyszą zmniejszenie apetytu oraz niezamierzona utrata masy ciała, które u seniorów są zazwyczaj bardziej nasilone niż u osób młodszych. Ponadto u osób starszych z depresją często obserwuje się objawy somatyczne, takie jak osłabienie, bóle brzucha, nudności czy biegunka, mogące prowadzić do ograniczenia spożycia pokarmów i rozwoju anoreksji wieku podeszłego [17].

Anoreksja związana ze starzeniem się jest częstym problemem u osób starszych. W zależności od środowiska jej rozpowszechnienie waha się od około 10% (wśród starszych dorosłych mieszkających w społeczności) do ponad 30% (na oddziałach ostrych i w domach opieki). Celem niniejszego przeglądu systematycznego było ustalenie rozpowszechnienia słabego apetytu u osób z zespołem kruchości w wieku ≥60 lat. Podczas gdy rozpoznawalność występowania jadłowstrętu psychicznego wśród seniorów wzrosła, wiedza na temat jego etiologii i obrazu klinicznego jest obecnie ograniczona, a jeszcze mniej wiadomo na temat opcji leczenia [2, 18].

Anoreksja wiąże się z wyższym ryzykiem niedożywienia ilościowego (np. niedożywienia białkowo-energetycznego) z powodu niewystarczającego ogólnego spożycia składników odżywczych. Szczególnie we wczesnych stadiach anoreksja zwiększa ryzyko niedożywienia jakościowego z powodu suboptymalnego spożycia pojedynczych składników odżywczych, takich jak białka i witaminy. Badania wykazały, że selektywne niedożywienie wiąże się również z rozwojem sarkopenii i kilkoma innymi negatywnymi skutkami zdrowotnymi, w tym zachorowalnością i śmiertelnością. To powiązanie może oferować wiarygodne wyjaśnienie częstego związku anoreksji ze słabą wytrzymałością, powolnym chodem i zmniejszoną mobilnością [19].

Niedożywienie zgłaszane jest u 50% osób starszych, chociaż szacunki częstości występowania znacznie się różnią w zależności od rozpatrywanej populacji, placówki opieki zdrowotnej i narzędzia użytego do jego oceny [20]. Niedawny systematyczny przegląd i metaanaliza badań wykorzystujących Mini Nutritional Assessment® – najbardziej rozpowszechnione narzędzie do badania przesiewowego niedożywienia u osób starszych – podsumowały następujące szacunki w zależności od placówki opieki: społeczność – 3%; pacjenci ambulatoryjni – 6%; usługi opieki domowej – 9%; domy opieki – 17,5%; szpital – 22%; opieka długo-

terminowa – 29%; rehabilitacja/opieka podostra – 29%. Ponadto stwierdzono, że wysoki odsetek osób starszych jest narażony na niedożywienie, przy czym szacunki wahają się od 27% (społeczność/pacjenci ambulatoryjni) do 50% (wszystkie inne placówki opieki zdrowotnej). Liczby te są zgodne z wynikami wielu badań i przeglądów opisujących wzrastającą częstość występowania niedożywienia wraz z pogorszeniem stanu zdrowia i sprawności oraz rosnącą zależnością i niepełnosprawnością. Jednak wskaźniki częstości występowania mogą się znacznie różnić między próbkami badawczymi, nawet jeśli stosuje się tę samą definicję w tym samym środowisku opieki zdrowotnej [21].

Niedożywienie odgrywa istotną rolę w rozwoju wielu zespołów geriatrycznych. Są to złożone stany kliniczne o wieloczynnikowej etiologii, charakterystyczne dla osób w wieku podeszłym, które wiążą się z pogorszeniem sprawności funkcjonalnej, zwiększonym ryzykiem hospitalizacji oraz wyższą śmiertelnością. Uważa się, że zespoły geriatryczne stanowią kliniczną manifestację skumulowanych zmian i dysfunkcji związanych z procesem starzenia, obejmujących wiele układów narządowych. Do najczęściej występujących zespołów geriatrycznych zalicza się m.in. otępienie i majaczenie, depresję, nietrzymanie moczu, zwiększone ryzyko upadków, zaburzenia widzenia i słuchu, zaburzenia gojenia ran, zespół kruchości oraz sarkopenię [22].

Mimowolna utrata masy ciała, cecha charakterystyczna niedożywienia, nieuchronnie wiąże się z utratą masy mięśni szkieletowych, która w znaczniejszym stopniu zdaje się dotykać osoby w starszym wieku. Zwiększa to ryzyko wystąpienia sarkopenii, zjawiska charakteryzującego się utratą zarówno masy mięśniowej, jak i siły mięśni i ich funkcji. Ponieważ te dwie jednostki chorobowe często występują razem, doprowadziło to do powstania nowego terminu: „zespół niedożywienia sarkopenicznego". Wyrażono w związku z tym potrzebę stworzenia nowych narzędzi przesiewowych, które niezawodnie identyfikują obydwa stany [23].

Zjawiskiem, które bywa często pomijane, ale mimo to należy je uznać za ważne w coraz bardziej otyłym społeczeństwie, jest otyłość sarkopeniczna. Pojęcie to opisuje stan ze zmniejszoną masą beztłuszczową i zwiększoną masą tłuszczu, co skutkuje fenotypem składu ciała wysokiego ryzyka. Podkreśla to znaczenie oceny masy mięśniowej niezależnie od utraty wagi, ponieważ zmiany w składzie ciała związane z wiekiem, takie jak wzrost masy tłuszczu (trzewnego), mogą dobrze maskować niską masę beztłuszczową. Ponadto ektopowa infiltracja tłuszczu w mięśniu obniża jakość mięśni szkieletowych, a tym samym upośledza ich funkcjonalność [24].

Niedożywienie jest stanem wynikającym z niedoboru energii, białka lub innych składników odżywczych, prowadzącym do zaburzeń struktury i funkcji organizmu. Stanowi ono istotny problem zdrowotny w populacji osób starszych. Mimo zmniejszonego zapotrzebowania energetycznego seniorzy wymagają podobnej podaży białka oraz składników mineralnych i witamin jak osoby młodsze, jednak zmiany fizjologiczne związane z procesem starzenia mogą utrudniać zaspokojenie tych potrzeb. Etiologia niedożywienia u osób starszych jest złożona i najczęściej ma

charakter wieloczynnikowy, co utrudnia skuteczną profilaktykę i leczenie. Utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia ma kluczowe znaczenie zarówno u osób starszych mieszkających w środowisku domowym, jak i u pacjentów hospitalizowanych, ponieważ niedożywienie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań, wydłużeniem czasu hospitalizacji, pogorszeniem sprawności funkcjonalnej oraz większym prawdopodobieństwem konieczności objęcia długoterminową opieką instytucjonalną po wypisie ze szpitala [25].

Sarkopenia została zdefiniowana jako postępująca, związana z wiekiem utrata masy mięśni szkieletowych i ich funkcji. Masa mięśniowa zmniejsza się o około 8% w wieku 40–70 lat, a następnie o 15% co dekadę. Ponadto w Europie sarkopenię ma 5–13% osób w wieku 60–70 lat i 11–50% osób powyżej 80. roku życia. Zmniejszona aktywność fizyczna w znacznym stopniu przyczynia się do sarkopenii, powodując choroby mięśni, a z czasem ich utratę. Uważa się również, że sarkopenię mogą stymulować pewne procesy hormonalne, nerwowe i cytokinowe. Utrata mięśni jest spowodowana białkami ostrej fazy wytwarzanymi w wyniku wzrostu aktywności cytokin. Cytokiny są najczęściej kojarzone z rozwojem sarkopenii, gdy występują w podwyższonych stężeniach, obejmują CRP, IL-6, TNF-α i IL-10. Aktywność cytokin może być zwiększona przez obniżone poziomy hormonów płciowych, glikokortykoidów i katecholamin, co stanowi część procesu starzenia. Utrata masy mięśniowej może być wynikiem utraty neuronów w rdzeniu kręgowym i obumierania komórek neuronowych, np. po udarze lub chorobie nerwowej. Niektóre badania wykazały, że w zapobieganiu sarkopenii lub zmniejszaniu jej skutków może być skuteczne połączenie zaleceń żywieniowych – takich jak suplementacja witaminą D (w celu pomocy w regulacji szlaków metabolicznych zaangażowanych w zanik mięśni) i/lub zwiększone spożycie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych n-3 (PUFA) (w celu poprawy objętości i siły mięśni) – z treningiem oporowym [26].

Dysfagia – czyli zaburzenia przełykania – to zespół geriatryczny dotykający 10–33% osób starszych. Jest powszechnie obserwowana u seniorów po udarze mózgu lub z chorobami neurodegeneracyjnymi, takimi jak choroba Alzheimera czy Parkinsona. Pacjenci ze zdiagnozowaną dysfagią mogą cierpieć na niedożywienie, zapalenie płuc i odwodnienie [27]. Chociaż dysfagię najczęściej kojarzy się z trudnościami w połykaniu płynów, obejmuje ona również problemy z przyjmowaniem pokarmów stałych. Wykazano, że słabi starsi ludzie mają trudności zarówno z piciem, jak i z jedzeniem. Zaburzenia związane z funkcjonalnym żuciem, formowaniem kęsów i ich pozycjonowaniem odnotowano u słabych (w przeciwieństwie do silnych) starszych osób. Wraz z wiekiem może dojść do utraty uzębienia i zmian w sile mięśni niezbędnych do żucia i formowania kęsów [28], co może prowadzić do wystąpienia niedożywienia.

Rola pielęgniarki opieki długoterminowej domowej w zapobieganiu zaburzeniom odżywiania i diagnozowaniu ich

Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w środowisku domowym osób starszych to działanie priorytetowe, które zapobiega stygmatyzacji tej grupy. Praca pielęgniarki specjalistki opieki długoterminowej jest pracą samodzielną, ale jednocześnie wymaga ścisłej współpracy z lekarzem, zespołem terapeutycznym oraz organizacjami działającymi na rzecz pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Ze względu na specyfikę pracy z osobą częściowo lub całkowicie uzależnioną od pomocy pielęgniarki niezwykle ważne jest współdziałanie z rodziną i innymi opiekunami pacjentów. W realizacji świadczeń na rzecz pacjenta pielęgniarka powinna wykazać się dużą wiedzą w zakresie zmian inwolucyjnych w procesie starzenia się, zmian powstających w wyniku chorób przewlekłych, prowadzących do niepełnosprawności i niesamodzielności. Opieką w domu mogą zostać objęci pacjenci, którzy są przewlekle chorzy bądź unieruchomieni z powodu urazu lub też przewlekłej choroby i w ocenie z zastosowaniem skali Barthel uzyskali nie więcej niż 40 punktów. Jest to jedno z ważniejszych kryteriów do objęcia pacjenta opieką długoterminową [29].

Na zachowanie i zdolność do jego zmiany wpływa wiele czynników. Wiedza i zrozumienie są podstawowymi warunkami zmiany zachowań związanych ze zdrowiem i odżywianiem. Obok innych czynników determinujących zachowania żywieniowe, w tym ceny, preferencji i dostępu, kilka badań podkreśliło znaczenie zwiększonej wiedzy żywieniowej w promowaniu zmian behawioralnych. Osoby lepiej rozumiejące, co stanowi zdrową dietę, częściej włączają owoce i warzywa do swojego jadłospisu. Tak więc programy edukacji żywieniowej mogą być kluczowym pierwszym krokiem we wspieraniu zdrowych nawyków żywieniowych, szczególnie wśród seniorów, którzy często wykazują niższy poziom wiedzy na temat odżywiania w porównaniu z osobami w średnim wieku. Badania wykazały skuteczność programów edukacyjnych skierowanych do osób starszych, co prowadzi do poprawy ogólnej wiedzy na temat odżywiania w tej populacji. Jednakże w badaniach tych przekazywano informacje podczas tradycyjnych wykładów stacjonarnych, co może nie być odpowiednie dla osób starszych, które mają trudności z uczestnictwem w takich sesjach ze względu na ograniczenia fizyczne, bariery transportowe lub mieszkają na obszarach, gdzie dostępność takich form pogłębiania wiedzy jest ograniczona [30]. Zdrowa dieta jest ważnym czynnikiem zdrowego starzenia się. Prozdrowotna edukacja żywieniowa realizowana przez pielęgniarki opieki długoterminowej domowej może znacząco poprawić jakość życia ludzi związaną ze zdrowiem [31].

Podsumowanie

Zaburzenia odżywiania są bardzo powszechnym problemem wśród seniorów i stanowią znaczne obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej oraz społecznej. Ludzie starsi są narażeni na niedożywienie z powodu związanych z wiekiem zmian

fizjologicznych, ograniczonego dostępu do wartościowego pożywienia i w wyniku chorób współistniejących. Wytyczne kliniczne zalecają rutynowe badania przesiewowe w kierunku niedożywienia u wszystkich osób starszych, wraz z oceną stanu odżywienia i indywidualnie dostosowanym wsparciem żywieniowym dla seniorów z pozytywnym wynikiem badania przesiewowego. Postępowanie w zakresie wsparcia żywieniowego obejmuje indywidualną ocenę stanu odżywienia, poradnictwo i edukację żywieniową, wdrożenie doustnych suplementów pokarmowych (*oral nutritional supplements* – ONS), stosowanie żywności wzbogacanej, a w razie wskazań klinicznych również żywienie dojelitowe lub pozajelitowe.

Bibliografia

1. Rudnicka E., Napierała P., Podfigurna A., Męczekalski B., Smolarczyk R., Grymowicz M.: The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing, Maturitas, 2020; 139: 6–11. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.05.018.
2. Mulchandani M., Shetty N., Conrad A., Muir P., Mah B.: Treatment of eating disorders in older people: a systematic review, Systematic Reviews, 2021; 10: 275. doi: 10.1186/s13643-021-01823-1. PMID: 34696804; PMCID: PMC8543781.
3. Mangweth-Matzek B., Kummer K.K., Hoek H.W.: Update on the epidemiology and treatment of eating disorders among older people, Current Opinion in Psychiatry, 2023; 36(6): 405–411. doi: 10.1097/YCO.0000000000000893. Epub 2023 Jul 19. PMID: 37471308; PMCID: PMC10552830.
4. Kurowska K., Simon J.: Wpływ stanu odżywienia na jakość życia osób po 65. roku życia – doniesienia wstępne, Geriatria, 2013; 7: 217–225.
5. Bogacka E.: Żywienie osób starszych w praktyce lekarza rodzinnego, Lekarz POZ, 2018; 6: 511–517.
6. Guzek J.W.: Patofizjologia człowieka w zarysie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
7. Laskowska-Szcześniak M., Kozak-Szkopek E.: Uwarunkowania pomyślnego starzenia, Forum Medycyny Rodzinnej, 2013; 7(6): 287–294.
8. Losy J., Selmaj K. (red.): Neuroimmunologia kliniczna, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
9. Volkert D., Beck A.M., Cederholm T. i wsp.: ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics, Clinical Nutrition, 2019; 38(1): 10–47. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024.
10. Antczak-Domagała K., Magierski R., Wlazło A., Sobów T.: Stan odżywienia oraz sposoby jego oceny u osób w podeszłym wieku i u chorych otępiałych, Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2013; 13(4): 271–277.
11. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej, Via Medica, Gdańsk 2007.
12. Kapiszewska M., Kalemba-Drożdż M.: Ocena stanu odżywienia organizmu, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków 2014.

13. Kawalec-Kajstura E., Rewiuk K., Puto G., Padykuła M., Reczek A.: Kompleksowa ocena stanu odżywienia osób starszych – wybrane metody i narzędzia, Gerontologia Polska, 2019; 27: 112–118.
14. Zayed M., Garry J.P.: Geriatric anorexia nervosa, Journal of the American Board of Family Medicine, 2017; 30(5): 666–669. doi: 10.3122/jabfm.2017.05.170182.
15. Shirley L., Lord N., Cheung L., Graham G.: Recognising eating disorders in older people, Nursing Older People, 2022. doi: 10.7748/nop.2022.e1399. Epub ahead of print. PMID: 36286010.
16. Morley J.E.: Pathophysiology of the anorexia of aging, Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 2013; 16(1): 27–32. doi: 10.1097/MCO.0b013e328359efd7.
17. Landi F., Calvani R., Tosato M. i wsp.: Anorexia of aging: Risk factors, consequences, and potential treatments, Nutrients, 2016; 8(2): 69. doi: 10.3390/nu8020069. PMID: 26828516; PMCID: PMC4772033.
18. Rudzińska A., Piotrowicz K., Perera I., Gryglewska B., Gąsowski J.: Poor appetite in frail older persons – A systematic review, Nutrients, 2023; 15(13): 2966. doi: 10.3390/nu15132966.
19. Martone A.M., Onder G., Vetrano D.L. i wsp.: Anorexia of aging: A modifiable risk factor for frailty, Nutrients, 2013; 5(10): 4126–4133. doi: 10.3390/nu5104126.
20. Cereda E., Veronese N., Caccialanza R.: The final word on nutritional screening and assessment in older persons, Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 2018; 21(1): 24–29. doi: 10.1097/MCO.0000000000000431.
21. Volkert D., Beck A.M., Cederholm T. i wsp.: Management of malnutrition in older patients – Current approaches, evidence and open questions, Journal of Clinical Medicine, 2019; 8(7): 974. doi: 10.3390/jcm8070974. PMID: 31277488; PMCID: PMC6678789.
22. Tan V.M.H., Pang B.W.J., Lau L.K. i wsp.: Malnutrition and sarcopenia in community-dwelling adults in Singapore: Yishun health study, The Journal of Nutrition, Health and Aging, 2021; 25(3): 374–381. doi: 10.1007/s12603-020-1542-x.
23. Juby A.G., Mager D.R.: A review of nutrition screening tools used to assess the malnutrition-sarcopenia syndrome (MSS) in the older adult, Clinical Nutrition ESPEN, 2019; 32: 8–15. doi: 10.1016/j.clnesp.2019.04.003.
24. Norman K., Haß U., Pirlich M.: Malnutrition in older adults – recent advances and remaining challenges, Nutrients, 2021; 13(8): 2764. doi: 10.3390/nu13082764. PMID: 34444924; PMCID: PMC8399049.
25. Cheah K., Illsley A.: What you need to know about malnutrition in older adults, British Journal of Hospital Medicine (London), 2020; 81(9): 1–8. doi: 10.12968/hmed.2020.0393. Epub 2020 Sep 24. PMID: 32990078.

26. Corcoran C., Murphy C., Culligan E.P., Walton J., Sleator R.D.: Malnutrition in the elderly, Science Progress, 2019; 102(2): 171–180. doi: 10.1177/0036850419854290. PMID: 31829839; PMCID: PMC10424533.
27. Thiyagalingam S., Kulinski A.E., Thorsteinsdottir B., Shindelar K.L., Takahashi P.Y.: Dysphagia in older adults, Mayo Clinic Proceedings, 2021; 96(2): 488–497. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.08.001. PMID: 33549267.
28. Cichero J.A.Y.: Age-related changes to eating and swallowing impact frailty: Aspiration, choking risk, modified food texture and autonomy of choice, Geriatrics (Basel), 2018; 3(4): 69. doi: 10.3390/geriatrics3040069. PMID: 31011104; PMCID: PMC6371116.
29. Zdziebło K., Stępień R., Skrzypek J.: Jakość świadczeń pielęgniarskich w ocenie pacjentów opieki długoterminowej, Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, 2016; 1(1): 15–21.
30. Turner A., Flood V.M., LaMonica H.M.: Older adults' needs and preferences for a nutrition education digital health solution: A participatory design study, Health Expectations, 2024; 27(1): e13923. doi: 10.1111/hex.13923. Epub 2023 Nov 28. PMID: 38014900; PMCID: PMC10734207.
31. Michalczyk M.M., Zajac-Gawlak I., Zając A., Pelclová J., Roczniok R., Langfort J.: Influence of nutritional education on the diet and nutritional behaviors of elderly women at the university of the third age, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020; 17(3): 696. doi: 10.3390/ijerph17030696. PMID: 31973121; PMCID: PMC7037639.

16. Wiedza pielęgniarek i pielęgniarzy na temat raka szyjki macicy i jego profilaktyki

Nurses' knowledge of cervical cancer and its prevention

Anna Lewandowska[1], Aneta Mrozowicz[1, a], Gabriela Pałys[2]

[1] Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Department of Health, The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław
[2] Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
The Bronisław Markiewicz State Academy of Applied Sciences in Jarosław

[a] https://orcid.org/0009-0003-0937-3153

Abstrakt

Wstęp: Wiedza i przygotowanie pielęgniarek i pielęgniarzy w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy mają znaczący wpływ na szybsze wykrycie choroby, jej przebieg czy całkowite wyleczenie dzięki wprowadzeniu szybkiej diagnostyki oraz odpowiednio dobranej terapii. Szerzenie wiedzy dotyczącej działań profilaktycznych, w szczególności na temat regularnych badań cytologicznych, może uratować życie wielu kobiet.

Cel badań: Celem badań była ocena wiedzy i przygotowania pielęgniarek i pielęgniarzy w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy.

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone w styczniu 2024 roku. Uczestniczyli w nich pielęgniarki i pielęgniarze pracujący na oddziałach zachowawczych oraz zabiegowych. Wiedza oraz przygotowanie personelu pielęgniarskiego zostały zbadane za pomocą kwestionariusza ankiety.

Wyniki: Badaniu poddano 100 pielęgniarek i pielęgniarzy w wieku od 18 do 69 lat. Stwierdzono, że poziom wykształcenia nie miał wpływu na poziom wiedzy badanych, w przeciwieństwie do doświadczenia zawodowego, miejsca pracy oraz posiadanej specjalizacji. Można jednak dostrzec, że poziom wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach ginekologicznych oraz położniczych jest stosunkowo wyższy w porównaniu z wiedzą personelu zatrudnionego na innych oddziałach, nieposiadającego specjalizacji w tym kierunku.

Wnioski: Badania wykazały, że poziom wiedzy i przygotowania pielęgniarek i pielęgniarzy w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy jest niski. Należy więc zadbać o większy nacisk na edukację w tej kwestii poprzez prowadzenie kursów, szkoleń czy spotkań edukacyjnych mających na celu szerzenie wiedzy dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet, organizowanie licznych spotkań edukacyjnych, wysyłanie przypomnień w wiadomościach SMS i dostarczanie licznych

broszur oraz ulotek na ten temat. Może się to przyczynić do poprawy działań profilaktycznych w tej dziedzinie.

Słowa kluczowe: wiedza, przygotowanie, pielęgniarka, profilaktyka, rak szyjki macicy.

Abstract

Introduction: The knowledge and preparation of nurses for cervical cancer prevention has a significant impact on faster detection of the disease, its course, or complete cure by introducing quick diagnostics and properly selected treatment. Spreading knowledge about preventive measures, and in particular about regular pap tests, can save the lives of many women.

Aim of the study: The aim of this study is to assess the knowledge and preparation of nurses for cervical cancer prevention.

Material and methods: The research was conducted among nurses in January 2024. Nurses working in both conservative and surgical wards were analyzed. The knowledge and preparation of the nurses was examined by means of a questionnaire.

Results: The study involved 100 nurses aged 18 to 69. It was noted that demographic factors such as education do not affect the level of knowledge, unlike professional experience, place of work and specialization. However, it can be noted that the level of knowledge of nurses working in gynaecological and obstetric wards is relatively higher compared to the knowledge of nurses working in other wards who do not have a specialization in this field.

Conclusions: Studies have shown that the level of knowledge and preparation of nurses in the field of cervical cancer prevention is low, so more emphasis should be placed on education in this issue, by conducting courses, trainings or educational meetings aimed at spreading knowledge about cervical cancer prevention among women, organizing numerous educational meetings, SMS reminders, as well as providing numerous brochures and leaflets on the subject. This can help to improve prevention efforts in this area.

Keywords: knowledge, preparation, nurse, prevention, cervical cancer.

Wstęp

Rak szyjki macicy stanowi istotne zagrożenie dla zdrowia i życia kobiet na całym świecie. Liczbę zachorowań na ten nowotwór można jednak znacząco ograniczyć poprzez prowadzenie skutecznych działań profilaktycznych [1].

Rak szyjki macicy jest chorobą, której można zapobiegać i którą można wyleczyć, jeśli zostanie wykryta we wczesnym stadium. W większości krajów wysoko oraz średnio rozwiniętych realizuje się programy profilaktyczne oraz organizuje badania przesiewowe, które umożliwiają wykrycie choroby na wczesnym etapie. W krajach zaś nisko rozwiniętych nie prowadzi się profilaktyki, dlatego współczynnik zachorowań jest bardzo duży [2].

Infrastruktura zdrowotna opiera się na szerokim działaniu profilaktycznym, umożliwiając wykonanie badań przesiewowych w dużej liczbie placówek, które zapewniają w przypadku pozytywnej diagnozy dalszą diagnostykę oraz leczenie. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki jest wciąż niski pomimo informacji upowszechnianych w placówkach i w mediach społecznościowych. Można to zmienić poprzez szerzenie informacji o profilaktyce zarówno wtórnej, jak i pierwotnej. Szczepienia ochronne zmniejszają ryzyko zakażenia wirusem HPV, które stanowi główną przyczynę raka szyjki macicy. Badania przesiewowe i szczepienia mogą znacznie ograniczyć skalę zachorowań, szczególnie w krajach rozwiniętych [2, 3].

Do profilaktyki pierwotnej zalicza się eliminację czynników mogących przyczyniać się do rozwoju nowotworu. Brak nałogów, odpowiednia dieta oraz higiena mogą zmniejszyć ryzyko zachorowania na ten typ raka. Większość przypadków nowotworów spowodowana jest jednak wirusem brodawczaka ludzkiego. Trudno zapobiec wszystkim przyczynom raka szyjki macicy, dlatego ważnymi elementami profilaktyki pierwotnej są edukacja zdrowotna oraz szczepienia ochronne przeciwko HPV. Należy pamiętać, że szczepienie nie chroni przed wszystkimi typami HPV, dlatego po zaszczepieniu nadal należy regularnie wykonywać badania przesiewowe [1].

Wirus brodawczaka ludzkiego ma duży wpływ na rozwój nie tylko raka szyjki macicy, lecz także innych nowotworów. Stworzono więc profilaktykę szczepień mającą przeciwdziałać tej infekcji [4].

Profilaktyka wtórna pozwala wykryć nowotwór w jego wczesnym, bezobjawowym stadium. Zaliczamy do niej liczne badania przesiewowe. Pozwalają one zdiagnozować nowotwór u osób pozornie zdrowych. W ramach inicjatyw dotyczących zdrowia publicznego zachęca się do wykonywania badań regularnie, aby jak najszybciej w razie wystąpienia choroby poddać się leczeniu. Główne działanie profilaktyki wtórnej stanowi tzw. wczesna diagnostyka [5].

Jednym z najczęściej wykonywanych pierwszych badań przesiewowych jest badanie cytologiczne. Powinno się je wykonywać regularnie. Predyspozycje do nowotworu szyjki macicy nie są dziedziczne, ryzyko zachorowania dotyczy wszystkich kobiet. Zaleca się wykonywanie badania nie rzadziej niż co trzy lata, a u pacjentek z grupy zwiększonego ryzyka – częściej, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami. Do czynników zwiększających ryzyko rozwoju raka szyjki macicy należą m.in. zakażenie HPV, zakażenie HIV oraz immunosupresja [6].

Nie potrzebują kontroli jedynie te pacjentki, które poddały się zabiegowi wycięcia macicy razem z szyjką [7].

Badanie DNA HPV jest skuteczniejsze niż badanie cytologiczne. Pobranie materiału wykonuje się tak samo jak w przypadku cytologii, jednak wykorzystanie biologii molekularnej umożliwia sprawdzenie materiału genetycznego, stwierdzenie obecności wirusa i jego typu. Testy te posiadają dużą dokładność oraz pozwalają na ocenę predyspozycji do zachorowania [4, 8].

Cel badań

Celem badań była ocena wiedzy i przygotowania pielęgniarek i pielęgniarzy w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy.

Materiał i metody

Metodą wykorzystaną w badaniu był sondaż diagnostyczny, technikę badawczą stanowiła ankieta, natomiast narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz zawierał 24 pytania: 7 pytań metryczkowych oraz 17 pytań dotyczących problematyki raka szyjki macicy. Do punktowej oceny poziomu wiedzy wykorzystano 14 pytań (pytania 9–22). Pozostałe trzy pytania dotyczyły samooceny respondentów oraz potrzeby edukacji i nie były uwzględniane w punktowej ocenie poziomu wiedzy. Zmienną zależną stanowiły wiedza i przygotowanie w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy, a zmiennymi niezależnymi były płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszania, stan cywilny oraz staż i miejsce pracy.

Badanie zostało przeprowadzone w styczniu 2024 roku. Grupę badanych tworzyło 100 pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Rozdane ankiety były w pełni anonimowe, a uzyskane informacje wykorzystano wyłącznie w celu napisania niniejszej pracy. Zastosowano celowy dobór próby, kryteriami były: ukończenie 18. roku życia, wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań, wykształcenie pielęgniarskie, praca w zawodzie.

Badanie przeprowadzono w trzech szpitalach po uzyskaniu pisemnej zgody dyrekcji poszczególnych placówek: w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Przeworsku oraz Centrum Medycznym w Łańcucie Sp. z o.o.

Kwestionariusz ankiety wypełniło 100 pielęgniarek i pielęgniarzy. Większość respondentów (96%) pracowała na oddziałach szpitalnych – zabiegowych lub zachowawczych. Badani mieli od 18 do 69 lat, a średnia wieku wynosiła 42 lata. Kobiety stanowiły 96% badanej grupy, natomiast mężczyźni – 4%. Większość badanych (57%) mieszkała na wsi, mieszkańcy małych miejscowości stanowili 19% respondentów, a mieszkańcy miast – 24%.

Po przeprowadzeniu badania uzyskane wyniki wprowadzono do arkusza kalkulacyjnego programu Microsoft Excel, a następnie poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu STATISTICA 14.0. Do oceny zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji *r* Pearsona. W analizie zastosowano również test chi-kwadrat oraz test *t* dla jednej próby. Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono przy przyjętym poziomie istotności $\alpha = 0{,}05$. Wyniki analizy przedstawiono w postaci tabel i wykresów. W tabelach użyto następujących oznaczeń:

- N – liczebność próby,
- χ^2 – wynik testu chi-kwadrat,
- r – współczynnik korelacji Pearsona,
- p – poziom istotności statystycznej testu chi-kwadrat.

Poziom wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy na temat raka szyjki macicy i jego profilaktyki określono na podstawie odpowiedzi na 14 pytań (pytania 9–22). Za każdą poprawną odpowiedź na pytanie jednokrotnego wyboru przyznawano 1 punkt, natomiast w przypadku pytań wielokrotnego wyboru 1 punkt przyznawano za wskazanie co najmniej połowy poprawnych odpowiedzi. Maksymalnie można było uzyskać 14 punktów. Punkty zostały podsumowane i na ich podstawie, na potrzeby niniejszej pracy, określono poziom wiedzy i przygotowania badanego personelu według poniższej skali:

– wysoki poziom: 11–14 pkt,
– średni poziom: 7–10 pkt,
– niski poziom: 4–6 pkt,
– bardzo niski poziom: 0–3 pkt.

Ponadto na podstawie pytań 9–11 i 20–22 określono poziom wiedzy respondentów na temat raka szyjki macicy jako jednostki chorobowej. Uczyniono to według następującej skali:

– 5–6 pkt – wysoki poziom,
– 3–4 pkt – średni poziom,
– 0–2 pkt – niski poziom.

Natomiast na podstawie odpowiedzi na pytania 12–19 określono poziom wiedzy badanych na temat wyłącznie profilaktyki raka szyjki macicy. Posłużono się następującą skalą:

– 7–8 pkt – wysoki poziom,
– 4–6 pkt – średni poziom,
– 0–3 pkt – niski poziom.

Wyniki

W badanej grupie 96% stanowiły kobiety, a 4% mężczyźni. Respondenci mieli od 18 do 69 lat, a średnia wieku wynosiła 42 lata. Niemal wszyscy badani (96%) pracowali na oddziałach szpitalnych, w tym 66% na oddziałach zabiegowych, a 30% na oddziałach zachowawczych. Większość badanych (57%) mieszkała na wsi, mieszkańcy małych miejscowości stanowili 19% ankietowanych, a mieszkańcy miast – 24%.

Niemal połowa badanych (47%) ukończyła studia II stopnia. Pozostali ankietowani posiadali wykształcenie na poziomie studiów I stopnia (33%), liceum medycznego (13%) oraz studium medycznego (7%). Większość uczestników badania miała dodatkową specjalizację (62%), a najczęściej wskazywane były internistyczna (14%) oraz zachowawcza (11%). Badani w większości przepracowali w zawodzie co najmniej 16 lat (48%). Ponadto staż pracy 4–10 lat posiadało 18% osób, 1–3 lata – 17%, 11–15 lat – 9%, a krótszy niż rok – 8%.

Pozostałe pytania w kwestionariuszu dotyczyły wiedzy na temat raka szyjki macicy oraz jego profilaktyki, diagnostyki i leczenia. Pytania obejmowały zagadnienia związane z definicją raka szyjki macicy, jego etiologią, czynnikami ryzyka, metodami profilaktyki, diagnozowania, leczenia, objawami oraz aspektami genetycznymi

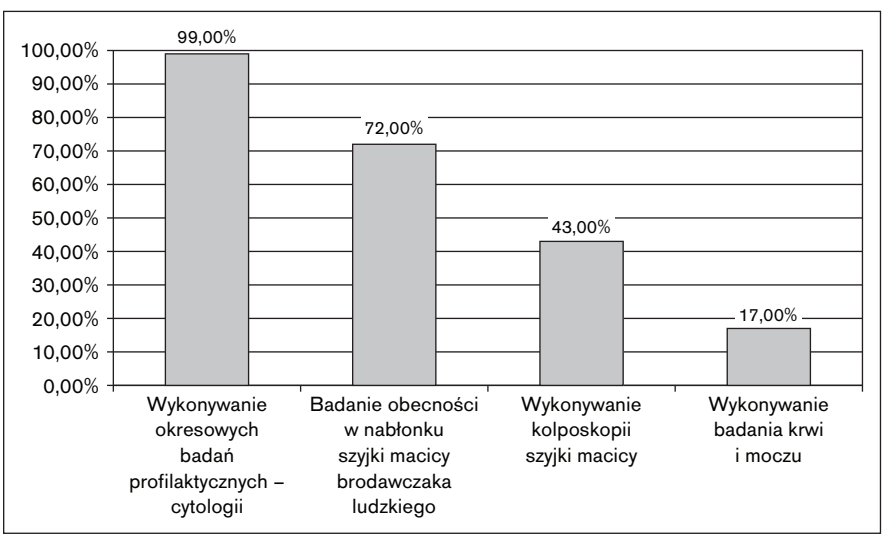
związanymi z tą chorobą. Dodatkowo w ankiecie znalazły się pytania odnoszące się do samooceny poziomu wiedzy i przygotowania respondentów oraz potrzeby edukacji na temat raka szyjki macicy.

Niemal 3/4 pielęgniarek i pielęgniarzy (71%) poprawnie określiło raka szyjki macicy jako złośliwy nowotwór układu rozrodczego rozwijający się z komórek nabłonka szyjki macicy. Ponadto 23% badanych wskazało, że jest to nowotwór układu rozrodczego, najczęściej złośliwy, rozwijający się z tkanki łącznej i mięśniowej szyjki macicy. Według 4% respondentów jest to nowotwór niezłośliwy rozwijający się z tkanki łącznej, natomiast 2% badanych wskazało na nowotwór niezłośliwy rozwijający się z komórek nabłonka szyjki macicy.

Dokładnie połowa ankietowanych (50%) wiedziała, że rak szyjki macicy rozwija się najczęściej pomiędzy 35. a 59. rokiem życia. Na wiek 40–69 lat wskazało 33% badanych, 30–39 lat – 11%, a 25–39 lat – 6%.

Ponad 3/4 pielęgniarek i pielęgniarzy (78%) wiedziało, że najczęstszą przyczyną zachorowań na raka szyjki macicy jest wirus brodawczaka ludzkiego HPV. Ponadto 15% za przyczynę uznało częstą zmianę partnerów seksualnych, a 7% – infekcje narządu rodnego.

Niemal wszyscy uczestnicy badania (99%) uważali, że profilaktyka raka szyjki macicy polega na wykonywaniu badań cytologicznych. Na badanie obecności w nabłonku szyjki macicy wirusa brodawczaka ludzkiego wskazało 72% badanych, kolposkopię szyjki macicy za odpowiednią profilaktykę uznało 43% respondentów, a badanie krwi oraz moczu – 17%, co przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Wiedza respondentów na temat profilaktyki raka szyjki macicy

Źródło: badania własne.

Ponad połowa respondentów (55%) twierdziła, że profilaktyką pierwotną raka szyjki macicy są okresowe badania cytologiczne. Poprawnie – wskazując na szczepienia ochronne – odpowiedziało 44% badanych. Jedna osoba (1%) wymieniła ograniczenie palenia tytoniu.

Niemal połowa badanych (46%) uważała, że w ramach profilaktyki raka szyjki macicy badanie cytologiczne należy wykonywać nie rzadziej niż raz w roku. Konieczność wykonywania cytologii nie rzadziej niż co dwa lata wskazało 32% respondentów, natomiast odpowiedź „nie rzadziej niż co trzy lata" podało 22% ankietowanych.

Większość respondentów (60%) odpowiedziała prawidłowo, że badanie cytologiczne powinno się wykonywać nie później niż od 25. roku życia. Wiek maksymalnie 18 lat za odpowiedni uznało 36% badanych, a 30 lat – 4%.

Niemal 2/3 ankietowanych (65%) wiedziało, że badanie cytologiczne polega na pobraniu wymazu z kilku miejsc nabłonka szyjki macicy. Na pobranie wymazu z jednego miejsca nabłonka wskazało 21% badanych, a na pobranie z górnej części pochwy oraz trzonu macicy – 13%.

Po 81% respondentów do objawów raka szyjki macicy w zaawansowanym stadium zaliczyło ból brzucha oraz okolicy krzyżowej lub krwawienie między miesiączkami. Krwiste upławy za syndrom raka szyjki macicy uznało 71% badanych, krwawienie po stosunku – 67%, a ból podczas stosunku – 57%. Ponadto na ogólne zmęczenie wskazało 46% uczestników badania, na obfitą owulację – 32%, a na problemy z oddawaniem moczu – 29%.

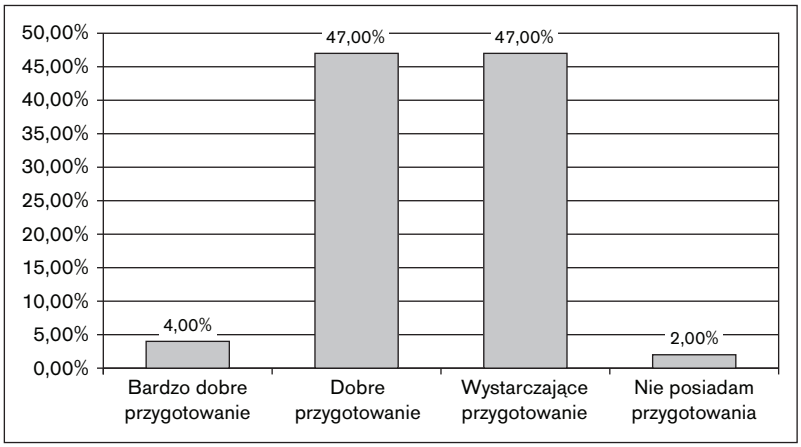
Większość badanych niepoprawnie twierdziła, że rak szyjki macicy może być dziedziczony genetycznie. Odmienne zdanie wyraziło 42% respondentów.

Większość ankietowanych (54%) określiła swoją wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy jako wystarczającą. Dobrą ocenę wystawiło sobie 44% badanych, a 2% twierdziło, że nie posiada wiedzy w tym zakresie.

Po 47% badanego personelu pielęgniarskiego określiło własne przygotowanie do profilaktyki raka szyjki macicy jako dobre lub wystarczające. Bardzo dobrze oceniło je 4% badanych, a 2% przyznało, że nie ma takiego przygotowania (rycina 2).

Zdecydowana większość badanych (95%) widziała potrzebę edukacji na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Odmienne zdanie wyraziło 5% respondentów.

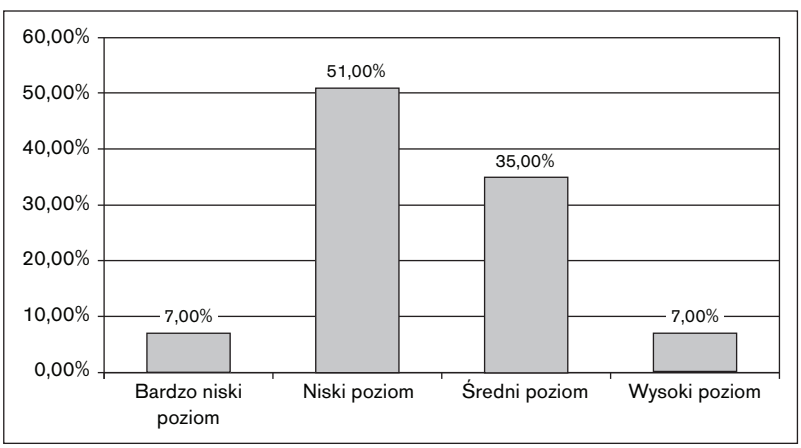
Większość pielęgniarek i pielęgniarzy uważała, że odpowiednimi sposobami na przeprowadzanie profilaktyki raka szyjki macicy są cykliczne spotkania dla kobiet w wieku powyżej 35. roku życia (69%) lub przypomnienia SMS o cyklicznym badaniu cytologicznym (68%). Ponadto ponad połowa respondentów wymieniła rozdawanie broszur w każdym punkcie medycznym (55%) czy tworzenie reklam oraz plakatów na ten temat (52%). Najrzadziej wymienianym sposobem była rozmowa po każdej wizycie w punkcie medycznym, na którą wskazało 35% badanych.



Rycina 2. Samoocena stopnia przygotowania respondentów do profilaktyki raka szyjki macicy

Źródło: badania własne.

Większość badanych (51%) wykazała niski poziom wiedzy i przygotowania w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. Średni poziom miało 35% respondentów, a bardzo niski lub wysoki – po 7% (rycina 3).



Rycina 3. Poziom wiedzy i przygotowania respondentów w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy

Źródło: badania własne.

Przeprowadzona analiza nie wykazała, że poziom wiedzy i przygotowania respondentów w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy jest w istotny statystycznie sposób zależny od któregokolwiek czynnika demograficznego ($p > 0,05$).

Na podstawie analizy stwierdzono, że poziom wiedzy i przygotowania respondentów w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy zależał w istotny statystycznie sposób od oddziału, na którym pracowali ankietowani (p = 0,0234), oraz od posiadania przez nich specjalizacji (p = 0,0343). Większą wiedzę na ten temat mieli respondenci pracujący na oddziałach zabiegowych (r = –0,0242) oraz, co ciekawe, osoby nieposiadające specjalizacji (r = 0,2469). Nie wykazano natomiast zależności między wiedzą na ten temat a stażem pracy badanych (p > 0,05) (tabela 1).

Tabela 1. Analiza korelacji między poziomem wiedzy i przygotowania respondentów w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy a czynnikami zawodowymi

Czynniki zawodowe			Poziom wiedzy i przygotowania w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy				Ogółem	*p*	*r*
			Bardzo niski	Niski	Średni	Wysoki			
Staż pracy	Krócej niż rok	*N*	2	3	2	1	8	0,53351	–0,0831
		%	25,00	37,50	25,00	12,50	8,00		
	1–3 lata	*N*	1	8	7	1	17		
		%	5,88	47,06	41,18	5,88	17,00		
	4–10 lat	*N*	0	11	6	1	18		
		%	0,00	61,11	33,33	5,56	18,00		
	11–15 lat	*N*	0	4	3	2	9		
		%	0,00	44,44	33,33	22,22	9,00		
	Powyżej 15 lat	*N*	4	25	17	2	48		
		%	8,33	52,08	35,42	4,17	48,00		
	Ogółem	*N*	7	51	35	7	100		
		%	7,00	51,00	35,00	7,00	100,00		
Oddział	Zachowawczy	*N*	2	16	19	0	37	**0,0234**	–0,0242
		%	5,41	43,24	51,35	0,00	38,54		
	Zabiegowy	*N*	4	33	15	7	59		
		%	6,78	55,93	25,42	11,86	61,46		
	Ogółem	*N*	6	49	34	7	96		
		%	6,25	51,04	35,42	7,29	100,00		
Specjalizacja	Tak	*N*	6	32	23	1	62	**0,0343**	0,2469
		%	9,68	51,61	37,10	1,61	62,00		
	Nie	*N*	1	19	12	6	38		
		%	2,63	50,00	31,58	15,79	38,00		
	Ogółem	*N*	7	51	35	7	100		
		%	7,00	51,00	35,00	7,00	100,00		

Źródło: badania własne.

Na podstawie przeprowadzonego testu chi-kwadrat wykazano, że wśród respondentów znajomość definicji oraz głównej przyczyny raka szyjki macicy była

w bardzo istotny statystycznie sposób (p = 0,0001) zależna od ich płci. Istotne statystycznie zróżnicowanie wiedzy na temat dziedziczenia raka szyjki macicy zaobserwowano także w przypadku miejsca zamieszkania ankietowanych (p = 0,0339) (tabela 2).

Tabela 2. Wyniki analizy testu chi-kwadrat badającej zależność między poszczególnymi aspektami wiedzy respondentów na temat raka szyjki macicy a czynnikami socjodemograficznymi

Czynniki socjodemograficzne	Wiedza na temat poszczególnych aspektów raka szyjki macicy					
	Definicja	Czas rozwoju	Główna przyczyna	Objawy	Leczenie	Dziedziczenie
Płeć	**0,0001**	0,3074	**0,0001**	0,8374	0,4820	0,8237
Wiek	0,1616	0,7671	0,1616	0,4174	0,1472	0,5391
Wykształcenie	0,9452	0,5786	0,9452	0,8369	0,3881	0,8691
Specjalizacja	0,8579	0,6803	0,8579	0,6487	0,2166	0,4719
Miejsce zamieszkania	0,2144	0,1823	0,2144	0,1950	0,7259	**0,0339**
Stan cywilny	0,6238	0,7843	0,6238	0,0794	0,2161	0,6939
Staż pracy	0,0813	0,8214	0,0813	0,1615	0,9277	0,6133
Oddział	0,2882	0,1421	0,2881	0,9368	0,1751	0,3083

Źródło: badania własne.

Wynik testu chi-kwadrat nie wskazywał, że którykolwiek czynnik socjodemograficzny wpływa w istotny statystycznie sposób na wiedzę respondentów odnośnie do poszczególnych aspektów profilaktyki raka szyjki macicy (p > 0,05).

Na podstawie wyników testu chi-kwadrat stwierdzono, że posiadanie specjalizacji przez ankietowanych miało wpływ na ich poziom wiedzy na temat możliwości przeprowadzania badania cytologicznego u kobiet w ciąży (p = 0,0317), w trakcie leczenia immunosupresyjnego (p = 0,0059) oraz sposobu jego wykonania (p = 0,0221). Wiedza na temat sposobu wykonania cytologii różniła się także w istotny statystycznie sposób w zależności od stażu pracy badanych (p = 0,0370). Ponadto miejsce zamieszkania respondentów wpływało istotnie na ich wiedzę odnośnie do okresu wykonania cytologii przed owulacją (p = 0,0420).

Przeprowadzona analiza dowiodła, że wykształcenie respondentów miało istotny statystycznie wpływ na ich samoocenę wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy (p = 0,0075, r = –0,2961) oraz stopnia przygotowania do tej profilaktyki (p = 0,0400, r = –0,2135). Wyższą samoocenę w obu przypadkach miały osoby z wyższym wykształceniem.

Większość badanych (66%) posiadała średni poziom wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Niski poziom wiedzy w tym zakresie wykazało 26% badanych, a wysoki – 8%. W przypadku wiedzy na temat tej jednostki chorobowej średni poziom wiedzy prezentowało 58% ankietowanych, wysoki – 27%, a niski – 15%.

Dyskusja

Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat profilaktyki raka szyjki macicy i jego przygotowanie w tym zakresie są nieodzowną częścią promocji zdrowia oraz dążenia do zminimalizowania niewłaściwego postępowania. Niezbędne są podejmowanie działań profilaktycznych oraz likwidacja czynników ryzyka.

Dyskusja ta powinna się skupić na znalezieniu sposobu na pogłębienie wiedzy na temat raka szyjki macicy wśród pielęgniarek i pielęgniarzy, by mogli podejmować działania zmierzające do zmniejszenia zapadalności na raka szyjki macicy.

Badanie własne wykazało, że większość uczestniczących w nim pielęgniarek i pielęgniarzy prezentowała niski poziom wiedzy i przygotowania w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. Wyniki te sugerują, że istnieje potrzeba prowadzenia skuteczniejszych działań edukacyjnych w tej kwestii wśród personelu medycznego. Analiza odpowiedzi respondentów na poszczególne pytania dotyczące raka szyjki macicy wskazuje na zróżnicowany poziom wiedzy w zależności od ocenianego zagadnienia. Podobne zróżnicowanie wykazano w badaniu Phianmongkhol i wsp. [9], przeprowadzonym wśród 220 pielęgniarek. Autorzy stwierdzili stosunkowo wysoki poziom wiedzy na temat wybranych zagadnień dotyczących raka szyjki macicy przy jednoczesnym występowaniu deficytów wiedzy w innych obszarach.

W badaniu własnym nie potwierdzono istotnej zależności pomiędzy wykształceniem a poziomem wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Może to wskazywać, że poziom wykształcenia formalnego nie jest jedynym czynnikiem związanym z poziomem wiedzy w tym zakresie. Również badania Shah i wsp. [10] dotyczące wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat raka szyjki macicy, jego czynników ryzyka, profilaktyki i badań przesiewowych wykazały występowanie istotnych braków wiedzy. W związku z tym podkreślono potrzebę ustawicznego kształcenia pielęgniarek, wskazując, że odpowiednio przygotowany personel może odgrywać istotną rolę w edukacji kobiet i promocji badań przesiewowych [10].

Na dalszym etapie badań własnych potwierdzono istotny wpływ miejsca pracy oraz posiadanej specjalizacji na poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Respondenci pracujący na oddziałach zabiegowych prezentowali wyższy poziom wiedzy w tej kwestii, co może być związane z większym dostępem do informacji związanych z profilaktyką w codziennej praktyce. Wyniki badań innych autorów sugerują, że pielęgniarki specjalizujące się w ginekologii i położnictwie mają statystycznie wyższy poziom wiedzy o profilaktyce raka szyjki macicy niż pielęgniarki z innymi specjalizacjami [10]. Wynik ten może wskazywać na potrzebę bardziej szczegółowej analizy wpływu specjalizacji na wiedzę pielęgniarek w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy.

Analiza odpowiedzi respondentów na poszczególne pytania dotyczące raka szyjki macicy oparta na własnych badaniach oraz badaniach innych autorów potwierdza, że istnieje pewien zakres wiedzy, który jest zadowalający, ale są także obszary, które wymagają ulepszenia. W badaniu Phianmongkhol i wsp. [9] 81,8% pielęgniarek wiedziało, że zakażenie HPV jest czynnikiem przyczynowym

raka szyjki macicy, natomiast 86,8% miało świadomość znaczenia odpowiednio prowadzonego skriningu w ograniczaniu zachorowalności i umieralności z powodu tego nowotworu. W badaniu własnym 78% respondentów prawidłowo wskazało zakażenie HPV jako najczęstszą przyczynę raka szyjki macicy. Wyniki obu badań wskazują zatem na stosunkowo wysoki poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego dotyczącej związku zakażenia HPV z rozwojem raka szyjki macicy.

Analiza odpowiedzi respondentów na poszczególne pytania dotyczące raka szyjki macicy wskazuje na zróżnicowany poziom wiedzy w zależności od ocenianego zagadnienia. Wyniki badań własnych można odnieść do badań Kostrzewy-Zabłockiej i wsp. [11], w których również wykazano występowanie deficytów wiedzy pielęgniarek pracujących w szpitalu w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. Wyniki te wskazują na potrzebę dalszego pogłębiania wiedzy personelu pielęgniarskiego w tym obszarze.

Wyniki badań własnych wskazują, że personel pielęgniarski ma świadomość znaczenia profilaktyki raka szyjki macicy, jednak w niektórych obszarach wiedza respondentów pozostaje niewystarczająca. Niemal wszyscy badani (99%) wskazali badanie cytologiczne jako element profilaktyki raka szyjki macicy, natomiast 44% respondentów prawidłowo wskazało szczepienia ochronne jako metodę profilaktyki pierwotnej. Na potrzebę wzmacniania wiedzy dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy zwracają również uwagę Szykuła i wsp. [12] w badaniu przeprowadzonym wśród studentek pielęgniarstwa.

Braki wiedzy na temat wybranych aspektów profilaktyki raka szyjki macicy obserwowano również w badaniach innych autorów. Występowanie istotnych luk w wiedzy personelu pielęgniarskiego dotyczącej raka szyjki macicy, jego czynników ryzyka, profilaktyki i badań przesiewowych ujawniły badania Shah i wsp. [10]. W badaniu własnym, mimo powszechnej znajomości znaczenia cytologii w profilaktyce raka szyjki macicy, jedynie 22% respondentów prawidłowo wskazało częstotliwość wykonywania tego badania, 60% znało właściwy wiek jego rozpoczęcia, a 65% prawidłowo określiło sposób pobrania materiału. Wyniki te wskazują na potrzebę systematycznego aktualizowania wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy, zwłaszcza w zakresie profilaktyki pierwotnej, szczepień przeciw HPV oraz zasad prowadzenia badań przesiewowych.

W badaniu własnym większość respondentów pozytywnie oceniała swoją wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Za wystarczającą uznało ją 54% badanych, a za dobrą – 44%. Jednocześnie 95% respondentów dostrzegało potrzebę dalszej edukacji w tym zakresie. Wyniki te wskazują, że pomimo stosunkowo wysokiej oceny własnej wiedzy personel pielęgniarski dostrzega potrzebę jej dalszego poszerzania i aktualizowania. Znaczenie systematycznej edukacji potwierdzają Hafeez i wsp. [13], które wykazały istotną poprawę poziomu wiedzy pielęgniarek na temat raka szyjki macicy, jego profilaktyki i badań przesiewowych po przeprowadzeniu interwencji edukacyjnej. Autorki podkreśliły znaczenie działań edukacyjnych w podnoszeniu poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego [13].

W badaniu własnym zdecydowana większość respondentów (95%) wskazała na potrzebę edukacji w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. Badani wskazywali również konkretne formy działań edukacyjnych, które w ich ocenie mogłyby być skuteczne. Najczęściej wybierano cykliczne spotkania edukacyjne dla kobiet powyżej 35. roku życia (69%) oraz przypomnienia SMS o badaniu cytologicznym (68%). Ponad połowa respondentów wskazywała także na broszury dostępne w punktach medycznych (55%) oraz reklamy i plakaty (52%). Potrzebę wzmacniania edukacji dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy wskazują również wyniki badań Szykuły i wsp. [12] przeprowadzonych wśród studentek pielęgniarstwa. Zwracają one uwagę na znaczenie kształtowania wiedzy dotyczącej profilaktyki już na etapie przygotowania do wykonywania zawodu pielęgniarki.

Wyniki badań własnych wskazują, że poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy nie zawsze odpowiada poziomowi wiedzy dotyczącej jego profilaktyki. Na podobną rozbieżność pomiędzy wiedzą teoretyczną a jej praktycznym wykorzystaniem zwróciły uwagę Liszcz i Badowska-Kozakiewicz [14] w badaniu przeprowadzonym wśród studentek różnych kierunków uczelni medycznych. Badane prezentowały wysoki poziom wiedzy teoretycznej dotyczącej profilaktyki nowotworów, w tym czynników ryzyka raka szyjki macicy i znaczenia zakażenia HPV, jednak wiedza ta nie zawsze znajdowała odzwierciedlenie w zachowaniach profilaktycznych. Badanie cytologiczne wykonywało 44,5% respondentek. Autorki wskazały zatem na potrzebę dalszego wzmacniania działań edukacyjnych oraz promowania praktycznego wykorzystania wiedzy o profilaktyce nowotworów [14].

Podsumowując, należy stwierdzić, że badania dotyczące wiedzy i przygotowania pielęgniarek i pielęgniarzy w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy pokazują istotność tego tematu dla promocji zdrowia i prewencji tej choroby. Pomimo postępów w edukacji i świadomości publicznej istnieją różnice w wiedzy i przygotowaniu personelu pielęgniarskiego, co może wpływać na skuteczność działań profilaktycznych. Czynniki takie jak doświadczenie zawodowe, miejsce pracy i specjalizacja mogą mieć wpływ na poziom wiedzy pielęgniarek. Badania sugerują potrzebę kontynuacji edukacji pielęgniarek na temat profilaktyki raka szyjki macicy, szczególnie w obszarach dotyczących dziedziczenia, czasu rozwoju choroby oraz dostępnych metod profilaktycznych. Ponadto istnieje zapotrzebowanie na bardziej dostępne i skuteczne programy edukacyjne, które uwzględniałyby preferencje pielęgniarek, takie jak organizacja spotkań edukacyjnych dla kobiet i wykorzystanie przypomnień SMS. Wreszcie analiza wyników sugeruje, że istnieje rozbieżność między poziomem wiedzy na temat samej choroby a wiedzą na temat jej profilaktyki, co podkreśla potrzebę bardziej ukierunkowanej edukacji personelu pielęgniarskiego.

Wnioski

1. Czynniki demograficzne, takie jak płeć, wiek czy stan cywilny, nie wydają się mieć istotnego wpływu na poziom wiedzy i gotowość pielęgniarek do profilaktyki raka szyjki macicy. W edukacji na temat tej choroby należy się kierować innymi czynnikami niż demografia. Konieczne jest zrozumienie,

że indywidualne cechy demograficzne nie determinują w pełni gotowości personelu pielęgniarskiego do prowadzenia działań profilaktycznych, co podkreśla potrzebę bardziej ukierunkowanych strategii edukacyjnych.

2. Wykształcenie i zdobyta wiedza nie mają istotnego wpływu na poziom wiedzy i przygotowania pielęgniarek w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. Programy edukacyjne powinny być skoncentrowane na dostarczaniu aktualnych i rzetelnych informacji, aby wspierać ciągłe doskonalenie wiedzy personelu medycznego.
3. Miejsce pracy oraz posiadana specjalizacja miały istotny wpływ na poziom wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy na temat raka szyjki macicy i jego profilaktyki. Stąd konieczność dostosowania programów edukacyjnych do potrzeb różnych grup personelu pielęgniarskiego oraz promowania dostępu do aktualnych informacji na temat profilaktyki tej choroby. Wsparcie w edukacji oraz dostęp do najnowszych danych i badań należy zapewnić pielęgniarkom i pielęgniarzom pracującym w różnych obszarach specjalizacji.
4. Badani wykazywali zróżnicowany poziom wiedzy dotyczącej raka szyjki macicy, w tym jego etiologii, czynników ryzyka, objawów, diagnostyki, leczenia oraz profilaktyki. Konieczne jest systematyczne aktualizowanie wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy zgodnie z aktualnym stanem wiedzy oraz obowiązującymi zaleceniami dotyczącymi profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka szyjki macicy.
5. Personel pielęgniarski posiada wystarczającą wiedzę dotyczącą profilaktyki raka szyjki macicy, co stanowi pozytywny sygnał dla działań prewencyjnych w tej dziedzinie. Niemniej niezbędne są ciągłe doskonalenie kompetencji w zakresie nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz śledzenie najnowszych wytycznych medycznych.
6. Istnieje istotna luka w wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy dotycząca badania cytologicznego, co wskazuje na potrzebę skupienia się na dalszej edukacji w tym obszarze, aby zapewnić kompleksową opiekę nad pacjentkami. Wdrażanie systemów ciągłego szkolenia i monitorowania postępów wiedzy może się przyczynić do poprawy jakości wykonywanych badań i skuteczności działań profilaktycznych.
7. Personel pielęgniarski ocenia w większości swoją wiedzę i przygotowanie w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy jako zadowalające, co stanowi pozytywny sygnał, ale jednocześnie sugeruje potrzebę ciągłego uczenia się. Stałe doskonalenie wiedzy i umiejętności poprzez uczestnictwo w szkoleniach i kursach specjalistycznych jest kluczowe dla zapewnienia najwyższej jakości opieki nad pacjentkami.
8. Istnieje ogromna potrzeba edukacji na temat profilaktyki raka szyjki macicy, z wyraźną preferencją dla cyklicznych spotkań dla kobiet oraz przypomnień SMS, co sugeruje, że skuteczne programy edukacyjne powinny uwzględniać te formy komunikacji. Wdrażanie innowacyjnych metod komunikacji i edukacji, dostosowanych do potrzeb i preferencji pacjentek, może się przyczynić

do zwiększenia świadomości oraz zaangażowania w profilaktykę raka szyjki macicy.

9. Rozbieżność między poziomem wiedzy na temat samej choroby a poziomem wiedzy dotyczącym jej profilaktyki podkreśla konieczność bardziej ukierunkowanej edukacji, która uwzględniałaby zarówno aspekty diagnostyczne, jak i prewencyjne raka szyjki macicy. Integracja wiedzy na temat choroby i jej profilaktyki w ramach kompleksowych programów edukacyjnych może prowadzić do efektywniejszych działań prewencyjnych i leczenia.

Bibliografia

1. Wronkowski Z., Brużewicz S.: Rak szyjki macicy, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
2. Sundström K., Elfström K.M.: Advances in cervical cancer prevention: Efficacy, effectiveness, elimination? PLoS Medicine, 2020, 17(1): e1003035. doi: 10.1371/journal.pmed.1003035.
3. Pimple S.A., Mishra G.A.: Global strategies for cervical cancer prevention and screening, Minerva Ginecologica, 2019; 71(4): 313–320. doi: 10.23736/S0026-4784.19.04397-1.
4. Viveros-Carreño D., Fernandes A., Pareja R.: Updates on cervical cancer prevention, International Journal of Gynecological Cancer, 2023; 33(3): 394–402. doi: 10.1136/ijgc-2022-003703.
5. Basu P., Mittal S., Bhadra Vale D., Chami Kharaji Y.: Secondary prevention of cervical cancer, Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2018; 47: 73–85. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.08.012.
6. Spławski B.: Co to jest rak szyjki macicy? Onkologia po Dyplomie, 2018; 1: 73–77.
7. Wicherek Ł., Kojs Z., Bręborowicz G.H. (red.): Ginekologia onkologiczna, wyd. 3, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
8. Wielgoś M., Krzakowski M., Czajkowski K. i wsp.: Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży. Część II. Rak szyjki macicy, guzy jajnika, Ginekologia i Perinatologia Praktyczna, 2017; 2(1): 28–39.
9. Phianmongkhol Y., Suwan N., Srisomboon J., Kietpeerakool C.: Knowledge about human papillomavirus infection and cervical cancer prevention among nurses in Chiang Mai University Hospital, Thailand, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2011; 12(3): 823–825.
10. Shah V., Vyas S., Singh A., Shrivastava M.: Awareness and knowledge of cervical cancer and its prevention among the nursing staff of a tertiary health institute in Ahmedabad, Gujarat, India, Ecancermedicalscience, 2012; 6: 270. doi: 10.3332/ecancer.2012.270.

11. Kostrzewa-Zabłocka E., Dziemidok P., Makara-Studzińska M.: Wiedza pielęgniarek pracujących w szpitalu na temat profilaktyki raka szyjki macicy jest niewystarczająca, Journal of Education, Health and Sport, 2015; 5(4): 229–244. doi: 10.5281/zenodo.16866.
12. Szykuła A., Czarnecka J., Sienkiewicz Z., Kobos E., Krupienicz A.: Wiedza studentek pielęgniarstwa na temat profilaktyki raka szyjki macicy, Pielęgniarstwo Polskie, 2013; 3(49): 157–161.
13. Hafeez R., Perveen F., Zafar S.N., Hafeez A.: Educational effect on knowledge, attitude and practice among registered nurses regarding cervical cancer, its prevention and screening in Karachi, Pakistan, Journal of the Pakistan Medical Association, 2020; 70(4): 674–678. doi: 10.5455/JPMA.10254.
14. Liszcz A., Badowska-Kozakiewicz A.M.: Knowledge of medical school students on breast cancer and cervical cancer, and their prevention, Studia Medyczne, 2015; 31(4): 271–276. doi: 10.5114/ms.2015.56669.

Poprzednie tomy

1. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 1, S. Rudzki (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2013.
2. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 2, S. Rudzki (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2014.
3. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 3, S. Rudzki (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2015.
4. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 4, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2016.
5. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 5, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2017.
6. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 6, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2018.
7. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 7, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2019.
8. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 8, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2020.
9. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 9, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2021.
10. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 10, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2022.
11. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 11, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2023.
12. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 12, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2023.
13. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 13, K. Rejman (i in. red.), Wydawnictwo Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Jarosławiu, Jarosław 2025.

Publikacja naukowa finansowana ze środków budżetu państwa
w ramach programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego
pod nazwą Wektory Nauki nr projektu WNM/SP/0075/2025/01,
kwota finansowania projektu: 26 774,88 zł, całkowita wartość projektu: 33 468,60 zł

ISBN 978-83-8294-577-5

Oficyna Wydawnicza „Impuls" – Dział Handlowy
tel.: 12 422 41 80, 506 624 220
e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
www.impulsoficyna.com.pl